

Forum för debatt och åsikter

Här publicerar redaktionen artiklar och kommentarer för socialmedicinsk debatt.

Den felande länken prioritering i den löpande verksamheten

Grazyna Teresa Adamiak

Inledning

I en artikel "Politiker prioriterar – resursfördelning i hälso- och sjukvården Hur skall vi få rättvisare fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser"? i SMT (2003:5) diskuterar Bengt Brülde fördelningen av resurser till sjukvården. Problemet, anser han, är att det sätt på vilket vårdens resurser fördelas i praktiken starkt avviker från Prioriteringsutredningens principer och att beslutsfattarna på olika nivåer inte alltid är följare dessa principer. Därför kartlägger han orsakerna till dessa missförhållanden. Han söker förklaringar på olika nivåer, dvs. makro (den politiska), meso (den administrativa) och mikronivån (den kliniska) och konkluderar att problemen i första hand hör hemma på mikronivån. Brülde föreslår att man skall börja om genom att utveckla prioriteringsprocessen.

Synen på rättighetslagar och behov

Brüldes argument mot tillgänglighetsmål och rättighetslagstiftning är upprörande. På makronivån finns roten till "det onda". Politiker utgör ett hot mot rättvis fördelning av vårdens resurser. Tillgänglighetstänkandet och rättighetslagarna som LSS är orsaken till detta. Brülde hävdar att "behovstillgänglighetstanken", dvs. att alla skall ha den vård de behöver när den behövs eller inom rimlig tid, inte är en någon acceptabel målsättning ur ett rättviseperspektiv. Det fordras därför

politisk återhållsamhet när tillgänglighetsmålen formuleras eftersom risken är stor att om alla som behöver vård skulle få den, skulle de med störst behov inte få någon vård alls.

Culyer (1999) påpekar att valet av en fördelningsregel har betydelse för hur mycket resurser som allokeras till sjukvården och fördelningen av sjukvårdens hälsoutfall. Vi tvingas därför välja en legitim fördelningsprincip, t ex behov, förmågan att dra nytta från en behandling eller hälsoutfall. Culyer demonstrerar att dessa principer har olika konsekvenser för jämlikhet. Valet av en av dessa distributiva regler kan omvandla problemet med horisontell jämlikhet till problemet med vertikal jämlikhet och vice versa. Risken med fördelningen av resurser efter "behov" är att den kan ge mer ojämlig fördelning av hälsa jämfört med den ursprungliga fördelningen. Men, som Culyer också påpekar, "behov" som fördelningsregel utgör ett specialfall. "Behov" som sådant är otillräckligt som en distributiv princip men att ha "behov" är ett nödvändigt villkor för att överhuvudtaget få något. För att identifiera om "behov" finns måste man fastställa förmågan att dra nytta av en medicinsk behandling. Om denna förmåga saknas finns det inte heller något "behov". Därför måste både behov och kapacitet att dra nytta från behandling fastställas. Det fordras i första hand att den initiala bedömningen (diagnos-

tik) är så billig som möjligt. Vissa individer behöver uppmuntras för att ta kontakt med sjukvården, vilket fordrar att tillgängligheten till sjukvården är gratis (Culyer 1999). Culyer hävdar dessutom att alla behov inte behöver tillgodoses. Eftersom det finns behov av annat än sjukvård, skulle en distribution av resurser till sjukvården i syfte att eliminera alla vårdbehov både vara ineffektiv (utelämna behov av annat än sjukvård till och med hos samma patienter) och ojämlig (man skulle kanske tillgodose triviala behov hos de "vårdbehövande" men inte hos dem som behöver något annat, vilket också skulle försämra hela fördelningen av otillfredsställda behov). Behov är ett föränderligt begrepp som medger anpassade selektioner beroende på ekonomisk situation. Även rättigheter åtföljs av en behovsbedömning. Skärpta behovskriterier möjliggjorde kostnadsreduktionen som skedde i de nordiska ländernas sjukvård och socialtjänst under 1990-talet (Kautto et al 2001; Botten et al, 2003).

Det andra hotet enligt Bengt Brülde är att rättviselagarna som LSS tvingar fram insatser oavsett den totala tillgången på resurser. Brülde kopplar dock inte sina argument till vårdens faktiska organisation eller rutiner. Att ha tillgänglighet efter behov som mål är uttryck för den värdegrund som hälso- och sjukvården i Sverige skall ges efter. Behovskriteriet utesluter andra kriterier än medicinska som grund för sjukvård. Därför behöver man inte någon ny "fair process" som skall utmynna i förbud mot diskriminerande prioriteringar eller nya substantiella principer. Legitima kriterier för prioritering finns redan i Sverige. Behovsprincipen har ett starkt symboliskt, legitimerande värde. Redan 1976 skrev Donabedian att den privata läkaren alltid har lite större intresse än den offentligt finansierade läkaren att tillgodose patientens önskemål istället för behov. Orsa-

ken är de incitament som uppstår när läkaren bär hela finansiella ansvaret för sin verksamhet. Incitament snedvrider trots att det finns etiska regler för hur läkare skall gå till väga vid bedömningar av patienternas medicinska behov. Det skulle därför inte hjälpa att ändra de substantiella kriterierna för prioriteringar. De som har tagits fram i en demokratisk process i Sverige är redan accepterade och välformulerade jämfört med internationella kriterier (Bloomfield et al, 2003). Att ha substantiella prioriteringskriterier är särskilt viktigt när man i ökad utsträckning anlitar privata såväl vinstdrivande som "non-profit"-drivna entreprenörer i sjukvården, t ex religiösa stiftelser. Det är nödvändigt att återkommande betona tillgängligheten efter behov.

Normer, regler och författningar

Normer styr både det politiska och sociala livet. I politiken skyddas medborgerliga rättigheter och friheter genom informella regler och formella, rättsliga system. Ledarskapet i sig själv är föremål för normer. Även inom ekonomin styrs marknader av normer och standarder som ingen individ kan bestämma på egen hand. Om en styrande moralisk norm inte efterlevs eller inte vidmakthålls, förtvinar den och allt färre följer den som en handlingsregel. Normer kan stödjas genom mekanismer som metanormer (t ex substantiella principer), dominans, internalisering, sociala bevis, avskräckande medel, medlemskap i grupper, lag och reputation (Axelrod 1997). Därför har politikerna till uppgift att värna överenskomna normer, som principen om tillgänglighet efter behov.

Enligt Brülde bakbinds de kommunala politikerna av LSS och för att inte drabbas av sanktioner känner de sig tvungna att avsätta miljonbelopp till vårdkrävande patienter. Efterlevnaden av LSS bygger på

rädslan för sanktioner och inte övertygelsen om att lagen behövs. Tillkomsten av en rättighetslagstiftning av detta slag har sin speciella bakgrund. Bakgrunden kan inte ha varit att de funktionshindrade med behov av stöd och service fick för mycket stöd och hjälp. Tvärtom, deras behov nedvärderades jämfört med andra gruppers behov. Det är dessutom bra att veta att den beräkning som gjordes av personkretsen som skulle ha tillgång till åtgärder enligt LSS inte blev den beräknade. Många avstår från att söka hjälp och stöd trots rättigheten. Svagheten i de sociala rättigheterna illustreras av det sjunkande antalet äldre hemhjälpsmottagare i Finland och Sverige under 1990-talet trots att grunden för rätten att få hjälp är i den svenska socialtjänsten "behov" och först därefter inkomsttest för att fastställa brukaravgifternas storlek (Rostgaard et al, 2001). Styrkan i dessa rättigheter är dock att besluten kan överklagas och därmed revideras. Det är denna rätt som Brülde själv verkar förespråka som en del i den "fair process" som skulle kunna vara lösningen till prioriteringsproblemet. Hans förslag är därför inte innovativt och argumentation mot vissa rättighetslagar kännetecknas av en överraskande brist på konsistens.

Det är i mesonivån makten ligger

Mesonivån utgör inte något problem enligt Brülde. Många studier tyder på motsatsen. Det är där som problemen finns och kompetens uppenbart saknas (Øvretveit 2000; Adamiak et al, 2003a, b). Brülde konkluderar istället att problemen finns på mikronivån. Det är där som de kostnadsdrivande besluten fattas och nyttomaximeringen för de "egna patienterna" äger rum. I diskussionen av mikronivån tar Brülde upp ledningens ansvar för att belöna medarbetarna när de törs neka vård till patienter som efterfrågar

vård, för att de arbetar för helheten och "håller sina positioner i laget". Nu är vi alltså åter på mesonivån. Cheferna arbetar inte på mikronivån, det är de som har ansvar för populationers hälsa och det är de som fattar de administrativa besluten i vården. Nivåuppdelningen verkar inte fungera i Brüldes framställning när det kommer till att utse "de skyldiga". Och hur skall cheferna och ledningen veta vilka av medarbetarna som skall belönas? Utan att kontinuerligt följa upp och utvärdera sin verksamhet kan man inte veta vilka och varför skall belönas. Dessutom skulle en uppföljning i belöningsssyfte behöva ske på individnivå. Men det är oftast inte möjligt eftersom arbete i vården sällan är individuellt utan komplext sammanlänkat med andras arbete, till och med andra sektorer. Antalet patienter som behandlas av individuella läkare oftast inte är tillräckligt för att dra statistiskt säkra slutsatser om individuella prestationer. Därför finns problemet med prioriteringar och belöningar på mesonivån och inte på makro- eller mikronivån.

Enligt Brülde är principerna om allvarlighet, behov och kostnadseffektivitetsprincipen exempel på slutresultatprinciper. Jag uppfattar att behovsprincipen i första hand är en "input"-princip. Det är ju därför som Brülde med rätta kan hävda att efterfrågan inte är samma sak som behov. "Allvarlighet" ingår också i behovsbegreppet. Kostnadseffektivitetsprincipen är en slutresultatprincip som måste även ta hänsyn till de behov eller indikationer som föranleder sjukvårdsinsatser.

Är utredningens plattform meningslös?

Människovärdesprincipen är enligt Brülde endast en ram som talar om för oss hur man inte får handla. Enligt mig anger även principen om tillgänglighet efter behov hur man inte får handla eller hur prioriteringarna får

se ut. Denna ”knippe substantiella principer” som utgör värdegrunden för sjukvården anses av Brülde orsaka problemet, och kanske till och med bör överges för att ersättas av procedurrella regler. Utan substantiella principer och legitim värdegrund är det svårt att fortskrida med processregler. Den värld som Brülde verkar leva i består av ”antingen eller” men inte av ”både och”. I logiken har konjunktioner stor betydelse för vilka slutsatser som härleds. Att överge de substantiella principerna vore att behöva börja om på nytt, dvs. att ta ett steg bakåt. Medan andra författare pekar på behovet att fortsätta med Fas 2 i prioriteringsarbetet (Garpenby 2003; Bringedal 2003; Bloomfield et al, 2003) och att operationalisera principerna till hanterliga och legitima regler eller riktlinjer, ropar Brülde på en principiös ”metod” genom demokratiska överenskommelser eller marknaden. Problemet är att Brülde verkar inte ha förstått betydelsen av den kultur som skapas genom normer, värdebärande och symboliska principer, och inte heller politikernas viktiga roll som kulturbärare och väktare av parlamentaristiska överenskommelser (Axelrod 1997). Ett av argumenten för att överge de substantiella principerna är att de redan gällande principerna är för generella för att ge beslutsfattare praktisk vägledning. Ett annat att det ibland kan vara viktigare med legitimitet än substantiell rättvisa då legitimitet hos beslut är frågan om process och mindre om utfall. Dessa argument strider mot det faktum att de i Sverige gällande prioriteringsprinciperna är framtagna under en demokratisk process och därmed har legitimitet av det slag som efterfrågas av Bengt Brülde.

Det andra argumentet, att det är ”omöjligt att anpassa verkligheten efter utredningens principer”, är att det ”antagligen är praktiskt omöjligt att fördela de knappa resurser som

finns efter behovsprincipen då detta skulle innebära att många (mindre behövande) skulle bli av med den vård de får idag”. Även om det är omöjligt att i tid och rum samordna efterfrågan på vård betyder detta inte att vården inte skall ges efter behov. Kriterierna för vilka tillstånd som fordrar högspecialiserad vård kan skäpas och befolkningen informeras mer än idag om att sjukvård är förknippad med risker, inte bara fördelar och hälsovinster. Att dö är naturligt (Illich 1974/2003). Det skulle kunna bidra till att reducera efterfrågan på vård vid mindre allvarliga besvär eller dödsförlängande insatser, dvs. minska övertron på sjukvårdens teknologiska möjligheter som professionen själv tillsammans med läkemedelsindustrin medverkar till att skapa (Schimmel 1964/2003; Moynihan 2003; Illich 1974/2003).

Prioritera i grupp för perioder

I verkligheten kommer inte alla som behöver vård på en och samma gång. De flesta som uppfattar behov efterfrågar sjukvård olika beroende på avstånd till sjukhus, tid på dygnet eller avgift, dvs. inte bara efter sitt vårdbehov (Gillström 2001). Det är viktigt att betona betydelsen av tillgänglighet för alla och att acceptera att verkligheten är dynamisk.

De filosofiska prioriteringsansatsernas svaga förankring i hur vården organiseras och produceras påpekas av nyzeeländarna Bloomfield och Logan (2003). De föreslår lösningen till problemet med att prioriteringsprinciperna är för generella för att ge beslutsfattare praktisk vägledning. Genom att använda teorin och praktiska metoder för kvalitetsförbättring kan de substantiella principerna integreras i vårdens arbetssätt och organisation. Problemet med prioriteringsarbetets Fas 2, dvs. efter det att de substantiella principerna har överenskommits,

är att prioriteringsansatsen använder sig av statistiska "ögonblicksbilder" av nuvarande situation, språket är ekonomiskt och inte brett accepterat, prioriteringsansatsen länkar inte policy, finansiering och produktion av tjänster och den utgår från dikotomin framgång versus misslyckande. Vid praktisk tillämpning kännetecknas prioriteringsansatsen av att kontrakteringsprocessen fokuserar volymer och kostnader, att "kvaliteten i tjänsteproduktionen" ses som de professionellas ansvar och följs inte upp, att den tenderar att vara teknokratisk och byråkratisk, att den misslyckas med att prioritera nuvarande utgifter, att den fokuserar begränsningar och nedläggning och att den ser bort ifrån s.k. "grå" praxisområden – t ex överlappning av produktionen (substitution) mellan enheter eller sektorer. Fördelen med kvalitetsförbättringens idé är

- att den har dynamisk natur reflekterad i kontinuerlig förbättring
- att den ger ett gemensamt språk för alla intressenter trots olika perspektiv
- att den förenar referensramen på alla nivåer i sjukvården (makro, meso, mikro)
- att den bygger på inkrementell förbättring och framför allt
- att den förmår att integrera substantiella prioriteringsprinciper.

De praktiska fördelarna hos kvalitetsförbättringsansatsen är många, t ex att finansieringsbesluten fokuserar kvalitetsprocesser och utfall, att förbättring och monitorering är allas "rutinuppgift" och att implementeringen fordrar handlande med konsumenternas deltagande. Dessutom analyseras nuvarande praxis och utgifter innan man implementerar förändring, att förbättring sker inom erkända begränsningar och att det praktiska beslutsfattandets "organiska" praxis granskas löpande (Bloomfield et al, 2003).

I Sverige introducerades den första kvalitetssäkringsföreskriften redan 1993 och kravet på kvalitetssystem i sjukvården finns lagstadgat sedan 1996 (SOSFS 1996:24(M)). Prioriteringsarbetet i praktiken måste bygga på respekt för de professionella värderingarna eftersom det är på mikronivån de kostnadsdrivande besluten fattas. Professionella värderingar fokuserar utfall och processegenskaper och är förenliga med ekonomins filosofiska, utilitaristiska grund. Utan att löpande följa upp och utvärdera sin verksamhet vet man inte vad man åstadkommer. Problemet är kognitivt och har att göra med subliminalt seende, t ex effekten av kapacitet på vårdutnyttjande (Wennberg 1996). Kvalitet omfattar flera dimensioner, några av dessa är social acceptans, jämlikhet, produktivitet och effektivitet (Maxwell 1992). Kvalitetsutveckling handlar om prioriteringar i praktiken. Förbättring av vårdens kvalitet i termer av utfall är liktydigt med bättre resursutnyttjande (Berwick 1998). Det är politikernas och administratörernas uppgift att efterfråga uppföljningar och kvalitetsutvärderingar som visar hur vården distribueras för att möjliggöra bedömningar om "vård efter behov" och kostnadseffektivitet verkligen uppnås. Kvalitetsförbättring är oftast inte associerad med dramatiska organisationsförändringar utan med små förbättringar. Det är först när man systematiskt och rutinmässigt producerar ett önskat utfall som det behövs en genomgående organisatorisk eller en systemförändring (Nolan & Provost, 1990). Det är kanske denna "fair process" som i själva verket behöver implementeras i svensk sjukvård?

Grazyna Teresa Adamiak
Doktorand, hälso- och sjukvårdsforskning,
Uppsala Univ., Inst. för folkhälso- och vårdvet.
För ref. lista hänvisas till författaren
g.adamiak@telia.com, el. redaktionen.