

Det mest naturliga sättet att lösa denna motsättning är att se till att villkoren för både angelägenhet och lämplighet är tillgodosedda för att en person skall prioriteras för psykoterapi.

Detta val mellan angelägenhet och lämplighet har också Cullberg [2] berört och problematiserat i sina riktlinjer. Detta verkar dock inte ha uppmärksamats i diskussionen om prioriteringsgrunder eller i de principer som nu rekommenderas på de psykiatriska sektorerna, med hänvisning till just Cullbergs utredning. Beslutsfattarnas och allmänhetens benägenhet att bedöma tidigare kontakt med psykiatrin eller psykiatrisk sjukdomsdiagnos som oproblematiska och tillräckliga argument för psykoterapi verkar ha slagit an utan närmare diskussion om riskerna med en sådan urvalsgrund. Klinikernas tveksamhet som ger sig till känna i vårt material verkar inte ha fått någon märkbar genomslagskraft. Ändå påpekar Cullberg att en psykiatrisk diagnos är ett dåligt urvalsinstrument och föreslår komplettering med psykologiska intervjuer och test. Han lämnar också utrymme för en »fri kvot» i en grupp som fått tredje prioritet. Vi uppfattar att detta är en undantagsregel som är väl motiverad med tanke på att tillgängliga urvalsinstrument är så trubbiga och oprecisa.

### Begränsning i metoden

Den kvalitativa analysen av »tänka högt-protokollen» pågår för närvarande. I den studerar vi variationer i beslutsstrategier mellan bedömare i varje grupp; dessutom söker vi i det kvalitativa materialet finna svar på en del frågor som kvarstår efter den kvantitativa analysen. Från den kvantitativa analysens synpunkt hade det naturligtvis varit att föredra om studien hade omfattat flera bedömare än 30 och fler patienter än 15, eftersom det hade ökat resultatens stabilitet. Våra förförsök visade emellertid att 15 patienter var gränsen för vad en bedömare kunde ta ställning till vid en enda session och att en session var gränsen för vad man kunde begära av våra bedömare att ställa upp på, även med ett i undersökningssammanhang ganska betydande arvode. Gränsen för det antal bedömare som vi prövade sattes av våra resurser i form av arvodering och vår egen tid. Det kan därför inte uteslutas att våra regressionsanalyser har betydande betafel (dvs har låg  $s_k$  power) trots hög reliabilitet i variablerna (median = 1,0), och vi kan ta för givet att regressionskoefficienterna har ganska stora konfidensintervall. Vi har därför varit angelägna att inte basera våra tolkningar av resultaten på enskilda parametrar utan snarare sett till mönstret över samtliga variabler i varje bedömargrupp för sig.

Den hittills genomförda kvalitativa analysen bekräftar vår tolkning av angelägenhets- kontra lämplighetskonflikten genom att tydligt visa att den är en mer eller mindre klart uttalad realitet också i huvudet på den enskilde bedömaren.

### KOMMENTAR

Den stora variationen inom klinikergruppen avspeglar sannolikt att den kliniska aspekten (vem som kan förutses svara bäst på behandlingen) inte är allernärstående utan att olika andra intressen spelar stor roll för den enskildes prioriteringar. Möjligheterna att göra ingående professionellt kliniska bedömningar på grundval av underlaget var begränsade. Avsikten med studien var heller inte att visa vilka som gjorde »bäst» eller »mest riktiga» prioriteringar utan att belysa hur olika intressen eller parter väger olika aspekter i beslutsunderlaget olika. Prioritering är primärt uttryck för en värdering, inte ett vetenskapligt grundat ställningstagande. I denna undersökning har tre partsintressen ställts mot varandra. Men dessa partsintressen, och troligen några till, kan likaväl konkurrera i huvudet på den enskilde kliniker i vardagsarbetet med prioriteringar.

Den starka ekonomiseringen av sjukvården bidrar ytterligare till att luckra upp gränserna mellan ekonomiska, humanitära och professionella hänsyn. I en sjukvård med krympande ramar är det därför angeläget att vara uppmärksam på hur olika intressen och motiv får betydelse för hur vi prioriterar mellan individer.

### Referenser

1. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av prioriteringsutredningen. SOU 1995:5.
2. Cullberg J. Att prioritera för psykoterapi – En utredning för Stockholms läns landsting. Stockholm: HSN-staben, 1995.
3. Sandell R, Fredelius G. Prioritering av patienter för psykoterapi – en statistisk analys. Psykoterapi: Forskning och utveckling, nr 1. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för psykoterapi och Stockholms läns landsting. Psykoterapiinstitutet, 1995.
4. Blomberg J, Sandell R. Vilka söker bidrag till psykoterapi och psykoanalys? Stockholm: Stockholms läns landsting, Psykoterapiinstitutet, 1994. Rapporter från PI, nr 8.
5. Sandell R. Psychotherapeutic change is predictable, spontaneous change is not. Journal of Clinical Psychology. Under publ.

## Meningokocker i Spanien

Statsepidemiologen i Spanien rapporterar en gradvis ökande incidens av meningokockfall från 963 i hela Spanien 1995 till 1 383 förra året och 460 hittills i år. Dominerande grupp har skiftat från B till C under samma tid. I Galicien, La Rioja och Kantabrien har incidensen varit högst (7–12 fall per 100 000 invånare och år) och man har där rekommenderat allmän vaccination till åldersgrupperna 2–20 år.

WHO bedömer inte att särskild vaccination mot meningokockar behövs för resenärer till Spanien.

## Influensasituationen globalt

Enligt Centers for Disease Control, CDC, förefaller incidensen av influensa att ha minskat över hela norra hemisfären under februari. Influensa A, som i år främst varit av typen (H3N2) nådde en topp i början av januari, men i flera länder kom sedan en andra topp orsakad av influensa B. Några länder i Asien (Kina, Iran, Israel) har sett fler fall av typ B än av A, men totalt har A (H3N2) dominerat. De stammar som isolerats vid olika WHO Collaborating Centres har legat nära den stam som rekommenderades för vaccinet säsongen 1996–1997.

## Kikhosta anmälningspliktig

Vi vill påminna att regeringen vid nyår beslöt att göra kikhosta till en anmälningspliktig sjukdom. Den skall rapporteras med patientens fulla identitet till epidemiologen, SMI, och till smittskyddsläkaren. Viss hjälp med kriterier för diagnos ges av årets »Kriterielista» från SMI (kan fås härifrån eller från smittskyddsläkaren). Uppgift om vaccinationsstatus är viktig, speciellt för barn födda efter 960101.

Även de mikrobiologiska laboratorerna skall rapportera påvisning av Bordetella pertussis.

*Epidemiologiska enheten,  
Smittskyddsinstitutet*