

I Östergötland jobbar man »vertikalt« och »horisontellt«

En successivt vidgad klyfta föreligger mellan sjukvårdens ökade möjligheter och efterfrågan på dess insatser å ena sidan och ekonomiska och personella resurser å den andra. En kontinuerlig dialog beträffande prioritering måste etableras och fördjupas såväl mellan politiker, tjänstemän och vårdpersonal som mellan politiker och medborgare.

I Östergötland bedrivs ett sådant prioriteringsarbete sedan mitten av 1990-talet. Erfarenheterna talar bl a för behov av långsiktighet, uppbyggnad av förtroende mellan vårdens aktörer samt stor ödmjukhet inför den svåra prioriteringsuppgiften.

ERLING KARLSSON
docent, överläkare,
kardiologiska kliniken, Hjärtcentrum,
Universitetssjukhuset, Linköping
(*Erling.Karlsson@lio.se*)

II Det ter sig alltmer uppenbart att det även framgent kommer att föreligga en obalans mellan efterfrågan/behov av sjukvårdsinsatser och tillgängliga resurser – ekonomiska och, alltmer påtagligt, även personella. Denna insikt innebär att en strukturerad prioriteringsprocess med adekvat rollfördelning mellan politiker och vårdgivare ter sig alltmer angelägen.

Det är också ett framtida krav att prioriteringen skall vara öppen, så att medborgare och patienter vet efter vilka principer den sker.

I Östergötland fattade landstingspolitikerna redan i mitten av 1990-talet beslut om ett nytt arbetssätt i landstinget, som fick benämningen »Medicinskt programarbete«. Detta innefattar många moment, men syftar bl a till bättre kunskaps- och beslutsunderlag för politiker och tjänstemän, ökat patientinflytande genom möten mellan politiker och patienter i fokusgrupper samt etablering av

en arena som ökar möjligheterna för dialog mellan politiker, tjänstemän och vårdgivare.

Enligt planerna skall minst 80 procent av all hälso- och sjukvård beskrivas i s k »medicinska program« (faktadokument), exempelvis inom sjukdomsgrupper som psykisk ohälsa, hjärtsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar. Faktaunderlaget arbetas fram av arbetsgrupper inom respektive programområde, med deltagare från hela länet, från alla personalgrupper och från såväl primärvård som sjukhuskliniker. Även kommunrepresentanter deltar i många program. Syftet är att representanter för alla aktörer som deltar i sjukdomsgruppens vårdförlopp skall involveras i processen.

Faktadokumentets innehåll skall så långt möjligt belysa sjukdomsgruppernas incidens, prevalens och medicinska innebörd. Dessutom beskrivs preventiva, diagnostiska och terapeutiska möjligheter, olika åtgärders påverkan på livskvalitet, medicinska effekter samt kostnad. Dokumentet utformas för tjänstemän och politiker, dvs så att de kan läsas och förstås även utan medicinsk utbildning. I samma dokument återfinns även fokusgruppens redovisning av hur patienterna upplever sin aktuella sjukdom och den vård som erbjudits.

Genom att dokumentet läggs ut på ett intranet kan det lätt revideras. Syftet är också att det skall utnyttjas som underlag i samband med avtalsprocessen. En bedömning av revisionsbehovet bör alltså göras årligen.

Ökat patientinflytande

I syfte att öka patientinflytandet möter s k förtroendemannagrupper med mellan sex och åtta politiker i varje grupp under ledning av exempelvis en sjuksköterska patienter och närstående som drabbats av olika sjukdomar och som blivit föremål för olika vårdinsatser.

Målsättningen med dessa fokusgrupper är att få en uppfattning om vad aktuell sjukdom innebär för patienter och närstående, och hur de upplevt den vård som erbjudits. Gruppen sammanfattar och dokumenterar därefter patientgruppens viktigaste behov i den aktuella vårdssituationen.

Arena för dialog

En till två gånger per år ordnas seminarier, vid vilka politiker, tjänstemän och

Tema: Prioritering i praktiken

vårdpersonal diskuterar angelägna och övergripande frågor: exempelvis äldre och multisjukas situation i en resursknapp vårdssituation, beslutsordning och informationsbehov vid införande av ny teknologi och nya behandlingsmetoder. Ett syfte med dessa seminarier är också det personliga mötet mellan olika aktörer.

Vertikal prioritering

Samma arbetsgrupper som arbetat fram faktadokumentet har också till uppgift att rangordna verksamheten inom sitt programområde (vertikal prioritering). Rangordningen baseras bl a på:

- behov av sjukvårdsinsats,
- hälsovinst (risk/nytta) och effekt på livskvalitet av denna åtgärd,
- kostnaden för densamma,
- etisk bedömning.

Rangordningen innefattar endast åtgärder inom rutinsjukvård. Forskning och utveckling måste avhandlas i annat sammanhang. Däremot ingår såväl prevention som diagnostik, behandling och rehabilitering.

Inom området hjärtsjukdomar utgick vi från vår vardagsverksamhet och började etablera en rangordning av densamma. Vi beslöt att använda tio prioriteringsnivåer. En grundförutsättning var att alla patienter skulle erhålla en god omvårdnad.

Vi utgick från symtom/diagnos och kopplat härtill olika åtgärder eller sjukvårdsinsatser. De senare sträcker sig från sjuksköterskebaserad telefonrådgivning till hjärtoperation. En och samma diagnos kan återfinnas på flera nivåer beroende dels på sjukdomens svårighetsgrad, dels på vilken sjukvårdsinsats som avses (Fakta 1).

Själva processen vid etablering av en dylik rangordningslista är mycket värdefull. Den ger tillfälle till ifrågasättande av vissa rutiner. Finns det vetenskapligt belägg för åtgärden? Man får också tillfälle till reflektion. Värdefullt är även att synpunkter får brytas mellan olika personalgrupper och mellan representanter för primärvård och sjukhusvård. Dessutom etableras vissa principer för handläggning av olika patientgrupper, som

II Fakta 1

Tänkbar vertikal prioritering

Exempel på hur en och samma sjukdom (skada i hjärtats retledningssystem) kan rangordnas på flera nivåer beroende på skadetyper och på vilken sjukvårdsåtgärd det gäller:

Prioriteringsnivå	Indikation	Pacemakersystem
1	Intermittent AV-block III Mycket stark. Livshotande	»Bassystem«, livräddande (enkammarelektrod)
2	Intermittent AV-block III Mycket stark. Livshotande	Sofistikerat system (två elektroder, aktivitetsstyrning)
3	Långsam hjärtrytm, »sjuk sinusknuta«. Ej så stark	»Bassystem«
5	Långsam hjärtrytm, »sjuk sinusknuta«. Ej så stark	Sofistikerat system (två elektroder, aktivitetsstyrning)

II Fakta 2

Principiell bild av vertikala prioriteringslistor som underlag för horisontell prioritering

Hjärtsjukdom	Psykisk sjukdom	Rörelseorganens sjukdomar
Åtgärd/patientgrupp A	Åtgärd/patientgrupp 1	Åtgärd/patientgrupp a
Åtgärd/patientgrupp B	Åtgärd/patientgrupp 2	Åtgärd/patientgrupp b
Åtgärd/patientgrupp C	Åtgärd/patientgrupp 3	Åtgärd/patientgrupp c
Åtgärd/patientgrupp H	Åtgärd/patientgrupp 8	Åtgärd/patientgrupp h
Åtgärd/patientgrupp I	Åtgärd/patientgrupp 9	Åtgärd/patientgrupp i
Åtgärd/patientgrupp J	Åtgärd/patientgrupp 10	Åtgärd/patientgrupp j

kan vara till stöd för nya medarbetare. I mötet med en enskild patient tvingas man däremot naturligtvis ibland göra avsteg från principen.

Horisontell prioritering

Den vertikala prioriteringen är alltså vårdgivarnas ansvar. När vertikala prioriteringslistor finns för olika programområden kan dessa sedan utnyttjas för horisontell prioritering, dvs för avvägning av resursfördelning mellan olika sjukdomsgrupper (Figur 1). Detta är politikernas primära ansvar men måste naturligtvis ske i dialog med vårdgivarna.

I samband med avtalsprocessen bör en dialog föras mellan representant för Beställarnämnden (vad gäller Östergötland) och centrumchefer/klinikchefer och vårdcentralschefer. Det kan då visa sig att det inom ett antal verksamhetsområden finns en bristande överensstämmelse mellan önskemål vad beträffar enhetens vårdinsats och resurser för densamma. Respektive enhetschef, exempelvis klinikchef, kan då med hjälp av den vertikala prioriteringslistan ange konsekvenserna av nämnda obalans, dvs vilka grupper/åtgärder som inte ryms inom föreslagna resursramar. En jämfö-

relse krävs därefter mellan de patientgrupper/åtgärder som återfinns längst ner på varje verksamhetsområdes prioriteringslista (Fakta 2).

Beträffande dessa sistnämnda grupper/åtgärder kan en närmare analys krävas. Vilka konsekvenser får ett minskat vårdutbud i vidaste bemärkelse för en aktuell patientgrupp? Efter denna process är det politikernas uppgift och ansvar att fatta beslut beträffande vilket/vilka verksamhetsområde(n), som kan erbjudas resurstillskott och vilket/vilka som detta år får stå tillbaka.

Ansvar för det egna området

Förhoppningsvis borde ett arbetssätt enligt ovan kunna leda till en öppnare prioritering, med möjlighet till insyn även för allmänheten, en optimal resursfördelning mellan olika patientgrupper än dagens och en mer adekvat fördelning av ansvar: vårdgivaren tar ansvar för den vertikala ansvarsfördelningen, politikern för den horisontella. Det krävs alltså att båda parter vid den diskussion som sannolikt uppstår efter en sådan öppen prioritering lojalt tar ansvar för var sitt ansvarsområde vad gäller prioriteringsbeslutet. •

Särtryck

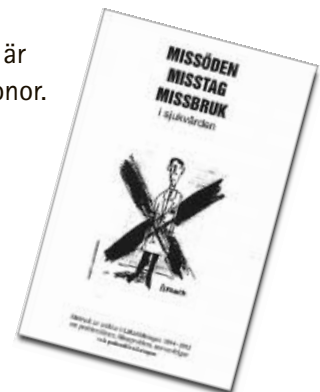
Läkartidningen

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problem-läkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen.

De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 75 kronor.



Missöden misstag missbruk

Beställer härmed.....ex av "Missöden, misstag, missbruk"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker