

lag för politiska beslut om hur, resurserna till behandling respektive rehabilitering bör balanseras för att ge bästa effekt i form av hälsa och livskvalitet.

Det politiska uppdraget består i att ta ställning till hur stor del av det återstående behovet som skall tillgodoses, på underlag av kunskap om kostnader och hälsovinster jämfört med andra alternativ, samt varifrån resurserna i så fall skall tas. För att åstadkomma detta arbetssätt krävs en hög grad av samsyn i styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården.

Hur utveckla horisontella prioriteringar?

Horisontella prioriteringar fordrar, förutom epidemiologiskt underlag, kunskap om i vilken grad behoven tillgodoses hos olika patientgrupper. Ett förslag till hur sådan kunskap kan tas fram skulle kunna vara följande:

Verksamhetscheferna får i uppdrag att undersöka funktionsnedsättningen hos den sista kvartilen i varje patientgrupp som behandlas. Detta kan uttryckas med instrument för livskvalitetsmätning som EuroQol eller SF36. Detta bildar ett underlag för jämförelse mellan behovstillfredsställelsen hos exempelvis patienter med hjärtsvikt, med reumatism eller med psykisk ohälsa.

Även med ett sådant underlag måste man skapa samsyn kring målen med prioritering, vilket skulle öka rättvisan i fördelningen av de resurser som står till sjukvårdens förfogande.

Referenser

1. WHO. World Health Report 2000: Health Systems: Improving performance. Genève: WHO; 2000.
2. Prioriteringar i sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. Rapport 1999:16.
3. Peterson S, et al. Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk Daly-kalkyl. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1998; 50.
4. Granskning av ögonsjukvården i Västerbotten. FoU, VLL, 1999.
5. Waldau S. Prioriteringar i hälso- och sjukvården – att hushålla för rättvisa. Lund: Studentlitteratur; 2001.

Hur hanterar vi vårt ekonomiska uppdrag?

Sjukvårdens resurser är ändliga och bestäms av samhällsekonomin. När resurser satsas på en patient undandras de samtidigt från en annan. Detta innebär att läkaren har ett implicit ekonomiskt uppdrag. Via förfinade indikationer skulle vi kunna agera så att resurserna räcker längre.

Detta kräver dock avancerad patientorienterad forskning, ett område som idag tyvärr är eftersatt och som samhället måste satsa betydligt mer på.

TORKEL ÅBERG

docent, verksamhetschef,
Hjärtcentrum, Norrlands Universitets-
sjukhus, Umeå
(torkel.aberg@vll.se)

■ Har läkaren ett ekonomiskt uppdrag likaväl som ett medicinskt? Detta gäller förstås alla verksamhetschefer, men i förlängningen torde alla läkare få kännas vid ett implicit ekonomiskt uppdrag. Hur hanterar vi då detta?

Hälsoekonomi är en relativt ung vetenskap som blandar medicin, samhällsvetenskap, etik, företags- och nationalekonomi på ett intressant sätt. Den illustrerar sjukvårdens plats i samhället och försöker beskriva sjukvårdens effekter genom att via uttryck för ekonomi gradera sjukvårdens olika insatser.

Sambandet rikedom-sjukvårdsresurser

Sambandet mellan ett lands rikedom och dess resurser för sjukvård brukar illustreras med grova mått som bruttonationalprodukt och andelen av denna (Figur 1). Beräkningarna kan förfinas genom att ta hänsyn till växlingskurser och köpkraft, uttryckt som köpkraftspariteter per capita, medelindividens köpkraft i ett visst land. Det klara statistiska sambandet ($r^2=0,77$) pekar på att det rör sig om en allmänmänsklig lag.

En slutsats av detta starka samband är att olika länders olika resurstilldelning till sjukvården sammanhänger med deras ekonomi. En annan är att olika länder

Tema: Prioritering i praktiken

inte kan ha samma sjukvårdsstandard eller använda samma indikationer för vissa ingrepp. Det innebär att indikationer inte byggs på enbart medicinska eller etiska överväganden. En läkare i USA handlar sålunda inte mer etiskt än en läkare i Sverige eller Turkiet trots att han spenderar mer pengar på sin patient.

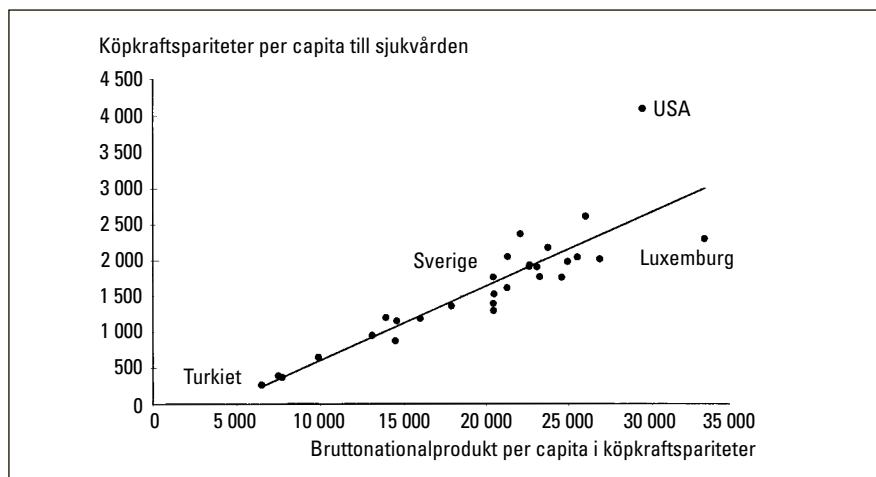
En ytterligare slutsats är det starka sambandet mellan utbyggnaden av sjukvården och hur samhällsekonomin utvecklar sig.

Den nuvarande generationen läkare är födda och uppvuxna under en tid då ökningen av vår rikedom var allmän och långvarig. Den stagnation av ekonomin som ägt rum sedan 1973 innebär att den årliga ökningen har avtagit eller avstannat. Under 1990-talet försökte man under flera år att dra tillbaka resurser från sjukvården, men detta har knappast haft några långsiktiga effekter på den totala sjukvårdsekonomin i landet. Däremot har föga expansion skett. Denna bild varierar från landsting till landsting.

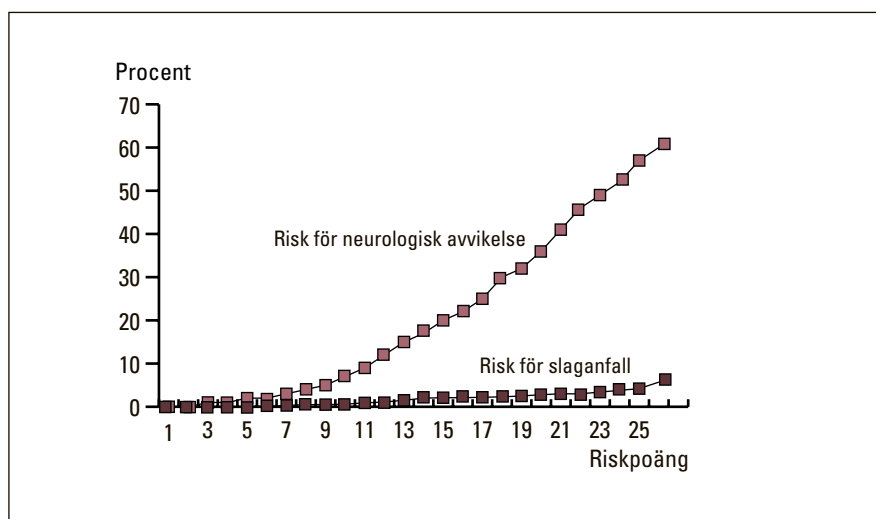
Vissa tecken tyder nu på en utveckling liknande den under efterkrigsperioden. BNP har ökat påtagligt men ser nu ut att stagnera igen. Ett stort antal teknologiska genombrott görs inom olika delar av samhället, och datorn som arbetsinstrument introduceras på bred front.

Kommer denna utveckling att resultera i en ökad tilldelning av resurser till sjukvården? Enligt Figur 1 borde detta ske, men antagligen inte under de närmaste åren. Den föreliggande tendensen inom EU att generellt sänka skatterna måste även Sverige följa för att inte minska den svenska industrins konkurrenskraft. Sekundärt kan detta resultera i ett ökat inslag av försäkringslösningar inom sjukvården, men detta kommer att ta avsevärd tid. Vi kan således inte räkna med resurstillskott under de närmaste åren.

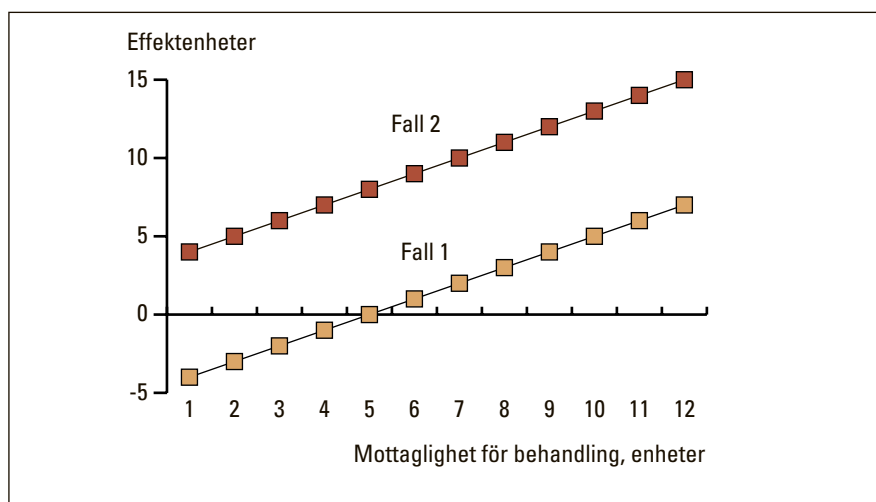
För Norrlands del pekar flera tendenser på att denna landsdel kommer att släpa efter när det gäller ökning av BNP per capita. Norrland deltar föga i den sk nya ekonomin, och det har skett en nettoutflyttning av framför allt arbetsför ungdom under de senaste åren. Regering och riksdag visar minskande lojalitet mot



Figur 1. Sambandet mellan ett lands rikedom och dess resurser för sjukvård (Socialstyrelsen 1998).
 $y = 0,1038x - 437,75$. $R^2 = 0,7739$



Figur 2. Risk för slaganfall och total postoperativ neurologisk avvikelse efter öppen hjärtkirurgi i subgrupper ordnade efter riskpoäng. (I total postoperativ neurologisk avvikelse ingår bl a förvirring och koordinationsvärigheter.)



Figur 3. Effekt av en viss behandling. Subgrupper av en viss patientgrupp ordnade efter subgruppens »mottaglighet» för eller effekt av behandlingen. I både fall 1 och fall 2 är medeltalet signifikant skilt från 0-värdet. I fall 2 ligger alla subgrupper över 0-värdet och utgör därför en höggenererande teknologi. I fall 1 ligger vissa undergrupper på eller under 0-linjen, dvs en låggenererande teknologi.

glesbygden. Umeå Universitetssjukhus har sedan länge en eftersläpning av tilldelning av ALF-medel. Den dystra slutsatsen blir att vi har större möjligheter att utföra sjukvård än vad samhället anser sig ha råd med. Detta gap är ett mer påtagligt inslag i läkarens vardag än tidigare, och något som vi både som individer och yrkesgrupp måste lära oss att hantera.

Läkares ekonomiska makt

Läkaryrket har från ekonomisk synpunkt en enastående stor frihet. Yngste underläkare på akutmottagningen kan – och skall – fatta beslut som kan innebära miljonkostnader. På en vanlig hjärt-rond fattar vi dagligen beslut om behandlingar som kostar drygt en miljon kronor. Läkarkårens uppdrag innebär därmed att vara den huvudsakliga resursdrivaren inom sjukvården.

Samtidigt föreligger en dålig effektreddovisning. En samlad redovisning i termer som förlängt liv, lindring av symptom eller tröst finns varken på nationell nivå eller på sjukhus-/klinikinivå. Vi kan endast i riktade kliniska studier åstadkomma en någotsånär god effektreddovisning. Sådana kliniska studier är mödosamma och prioriteras varken av läkare eller av huvudmän i rutinsjukvården.

Dessa förhållanden medför ett synnerligen stort ansvar för läkaren att hantera både patientens och samhällets behov. Långtifrån alla inser detta. Den nuvarande situationen inom sjukvården kännetecknas av långa väntelister, och många kliniker överskrider sin budget. Vi driver både oss själva och den tillgängliga personalen utöver vad som är rimligt, vilket leder till att både vi och patienter blir frustrerade. Vår enda möjlighet till överlevnad, innebärande en mer meningsfull sjukvård utan nya resurser, förutsätter en omfördelning inom den egna kakan. En mekanism som kan utnyttjas därvid är förfinade indikationer.

Förfinade indikationer

Indikationen kan sägas vara läkaryrkets innersta kärna; den ger oss anledning att agera. Indikationsställning leder till sjukvårdens resultat men är också den främsta kostnadsdrivande faktorn. Tyvärr är indikationen en tämligen utforskad företeelse från begreppsvetenskaplig synpunkt. En företeelse är indikationsglidning, som har stora konsekvenser från kostnadssynpunkt.

Vårt dagliga språkbruk använder uttryck som anger att indikationen kan graderas i lämplighet: absolut, relativ, svag indikation, kontraindikation.

Att definiera en indikation är en grannlaga uppgift. Tidigare gjordes det

ta genom kraftfulla personligheters uppfattning, grundad på egna erfarenheter eller studier. Sedan flera decennier tillbaka ger man en expertgrupp, antingen inom aktuell specialistförening eller via en statlig/regional myndighet, uppdrag att formulera indikationer, »guidelines« eller vårdprogram. Under senare tid förutsätts att dessa indikationer skall vara formellt evidensbaserade och granskade.

Det slutliga ansvaret för en viss indikation måste alltid vara läkarens. Det är möjligt, men knappast troligt, att rätten att formulera indikationer kommer att inskränkas även om den styr sjukvårdens kostnader. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort försök att bedöma indikationers relevans enligt de metoder som lagts fram från Rand Corporation i USA.

Hög- och låggenererande teknologier

Det kan vara av intresse att särskilja hög- och låggenererande teknologier. De för-ra ger en säkerställd och god effekt i den grupp som studerats. De kan exemplifieras med substitution vid bristtillstånd, pacemaker vid tredjegradsblock, operation av kärlruptur och annat. Alla patienter (som inte skadas av behandlingen) får en positiv effekt av den. I dessa fall utgör inte indikationen något problem, och det finns ingen anledning att avstå från behandling annat än i undantagsfall, dvs vid synnerligen starka kontraindikationer.

En låggenererande teknologi ger däremot likaledes en säker effekt, men den är liten. I kliniska studier är effekten visserligen statistiskt säkerställd, men så liten att den kan uttryckas t ex i ett förlängt liv per 100 000 doser eller ett förlängt liv per 100 operationer. Behandlingskvaliteten blir avgörande för om en sådan låggenererande teknologi ger ett gott nettoresultat eller ej. Exempel enbart från mitt kunskapsområde är operation för karotisstenos, operation eller perkutan transluminal koronarangioplastik (PTCA) vid lågradig angina pectoris, operation av små bukaorta-aneurysm eller solitära lungmetastaser. Det kan finnas anledning att fråga hur stor andel av hög- respektive låggenererande teknologier som praktiseras inom sjukvården.

Exempel: »Skräphåven« (EmbolX) kan vara ett gott teoretiskt exempel på en låggenererande teknologi. Vid öppen hjärtkirurgi manipuleras aorta ascendens, varvid aterosklerotiskt skräp kan lossna och hamna i hjärnan. Slaganfallsfrekvensen är 1,5–3 procent. En specialkonstruerad håv som placeras i övre delen av ascendens fångar bevisligen upp sådant skräp, vilket synes leda till upp-

emot en halvering av strokefrekvensen (enligt ett multicenterregister). Användning av denna håv i samtliga fall av öppen hjärtkirurgi innebär en ökad kostnad på 3 miljoner kronor för medicinskt material vid vårt sjukhus.

Håven kanske dock inte behöver användas i samtliga fall. Data samlade i vårt toraxkirurgiska register omfattande ca 10 000 patienter med neurologiska avvikelser från ett normalt postoperativt förlopp visar att frekvensen avvikelser är ca 10 procent och beroende av preoperativa riskfaktorer. Dessa riskfaktorer definierar patientgrupper med olika risk – från 0 till 60 procent. Man skulle sålunda kunna begränsa håvens användning till endast patienter med hög risk. Var gränsen skall gå blir en omdömesfråga.

Detta exempel visar dels värdet av register, dels nödvändigheten av att använda dator även i daglig praxis för att kunna beräkna individuell risk som underlag för beslut vid användningen av en viss teknologi (Figur 2).

En generalisering av detta resonemang illustreras av de två kurvorna i Figur 3. Den översta kurvan visar en fiktiv höggenererande teknologi. Medeleffekt i hela gruppen är signifikant skild från o-linjen, skillnaden är stor och föreligger för alla undergrupper med olika mottaglighet för behandlingen, baserad på riskfaktorer (representerad av punkter).

Den undre kurvan representerar en låggenererande teknologi. Även här är medeleffekten skild från o-linjen, men effekten är liten och flera undergrupper ligger omkring eller under o-linjen. För vissa patienter kan en låggenererande teknologi således snarare göra skada än nytta.

Patientorienterad forskning

Kan man förfina indikationerna innebär detta fördelar både för individuella patienter och för sjukvården. Detta innebär bl a att utesluta grupper av patienter där en åtgärd kommer att ha ingen eller skadlig effekt. Att göra detta är emellertid långt ifrån lätt och kan endast ske genom riktad klinisk forskning. Idag är denna patientorienterade forskning styvmoderligt behandlad och i alltför stor utsträckning styrd av läkemedels- eller apparatindustri. Den blir därmed helt inriktad på att visa på nytta av en viss åtgärd, inte på att visa när en viss åtgärd är onödig eller skadlig.

De studier som idag genomförs är dessutom ofta för små för att möjliggöra en analys som visar när en viss åtgärd inte är indicerad. Detta lämnar läkaren, samhället och patienten i en prekär situation. Många subgrupper behandlade

med en låggenererande teknologi visar ingen positiv effekt, men vi saknar möjlighet att definiera när teknologin inte skall utnyttjas.

För att slå vakt om sina vitala intressen bör samhället investera i opartisk klinisk forskning utan kommersiella sidoblickar i syfte att förfina våra indikationer.

Sammanfattning

Sjukvårdens resurser är ändliga och bestäms av samhällsekonomin. Den medicinska utvecklingen och dess kostnader ökar dock snabbare än samhällsekonomin. Läkaren är den ende som hjälpligt kan hantera detta dilemma, vilket medför att läkaryrket har ett implicit ekonomiskt uppdrag.

Läkarens ansvar är att hantera de resurser som ställs till förfogande men också att påpeka att vi kan göra mer och mer meningsfull sjukvård. Via förfinade indikationer kan vi agera så att resurserna räcker längre. Detta kräver dock ganska avancerad patientorienterad forskning, ett område som i dag är eftersatt och som samhället måste ta ett ökat ansvar för. •