

# **Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi**

## **Del I Mål och prioriteringar**

*Per-Erik Liss*

**PrioriteringsCentrum**

**2006:1**

ISSN 1650-8475

---

**PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping**

**Telefon:** 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99

**Hemsida:** <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>

**E-post:** [prioriteringscentrum@lio.se](mailto:prioriteringscentrum@lio.se)



# FÖRORD

Medan prioriteringar och prioriteringsprinciper inom hälso- och sjukvården har varit föremål för utredningar, forskning, debatt och ställningstaganden inte minst efter riksdagsbeslutet 1996/97 har intresset för prioriteringar inom vården och omsorgen i kommunal regi varit lågt. Detta trots det ansvar som kommunerna har för sjukvård och omsorg. Sveriges socialchefer har visserligen efterlyst motsvarande prioriteringsprinciper i socialtjänstlagen som i hälso- och sjukvårdslagen men så mycket mer har inte hänt inom detta område.

Därför kändes det angeläget för PrioriteringsCentrum att börja penetrera hur kommunerna väljer att fördela sina vårdresurser och i vilken mån rättvisepincipen att fördela efter ”vårdbehov” gäller för den kommunala vården och omsorgen och att stödja detta projekt. Projektet inrymmer två delar. Den första är av teoretisk art och inbegriper en analys av olika begrepp som ”fördelning”, ”prioritering” och ”ransonering” samt den etiska plattform som kan vara vägledande för olika beslut. Den innehåller också ett avsnitt om målformuleringar, målbegrepp och målhierarkier.

Den andra delen inleds med några översiktliga synpunkter på teoribildningen inom socialgerontologins område. De följs av ett antal livsberättelser lämnade av kvinnor och män som passerat sin 80-årsdag. De bor kvar hemma men har alla stöd från samhället i någon form som hemtjänst och färdtjänst. Livsberättelserna är intressanta. De har ett gemensamt, kort uttryckt: att när man lämnar yrkeslivet går man från att vara ”någon” till att betrakta sig som ”ingen”. Det är tiden som yrkesaktiv, som familjeförsörjare som är värd att berätta om. När man inte längre behövs i dessa funktioner så förvandlas man till ”ingen”. Världshälsoorganisationens (WHO) uttalande från 1980-talets början att känslan att vara behövd är en viktig livskvalitets- och hälsofaktor får här stöd. Det måste vara en prioriterad fråga att skapa ett samhälle där det är viktigt att inte bara lägga år till livet utan också liv till åren.

Rapporten kan ses som en inledning till det arbete om prioriteringar inom den kommunala vården och omsorgen som är nödvändig. Författarna står själva för innehållet i denna rapport och synpunkterna delas inte alltid av PrioriteringsCentrum.

*Stockholm november 2005*

*Barbro Westerholm*

*Ledamot av Prioriteringscentrums styrelse, före detta generaldirektör för Socialstyrelsen, riksdagsledamot, förbundsordförande Sveriges Pensionärsförbund och professor emeritus i läkemedelsepidemiologi*

## **FÖRFATTARNAS TACK**

Våra finansiärer är Centrum för kommunstrategiska studier (CKS) i Norrköping och Nationellt kunskapscentret för prioritering inom vård och omsorg (PrioriteringsCentrum) i Linköping. CKS stödde oss redan från början med tips och finansiering av en pilotstudie som var en förutsättning för utarbetandet hela projektet. Båda visade sedan stor generositet, och tålamod när studien drog ut på tiden. Stort tack.

Denna rapport är publicerad både i CKS's och i PrioriteringsCentrums rapportserier. Ett tack till Anna Schenell som hjälpt till med redigeringen. Tommy Svensson riktar också ett särskilt tack till de äldre som berättat om sina liv och om sina erfarenheter av ålderdomens villkor och till de vårdbiträden som förmedlat erfarenheter från omsorgsarbetets vardag. Ett stort tack också till Ingela Frost, Birgitta Ström och Helén Wallman för kvalificerad hjälp med intervjuarbetet.

### **Författarna**

Tommy Svensson är professor på avdelningen för sociologi, IBV.  
Per-Erik Liss är professor på Tema Hälsa och samhälle, IHS, samt på Nationella kunskapscentret för prioritering inom vård och omsorg. Ingemar Nordin är professor på tema Hälsa och samhälle, IHS. Samtliga är verksamma vid Linköpings universitet.

## SAMMANFATTNING

Hur bra är vården och omsorgen i kommunal regi? Det är en vidsträckt fråga där svaren åtminstone delvis måste vara av rent subjektiv karaktär. ”Bra” respektive ”dålig” är inga objektiva egenskaper som saker bara har, utan de är något som vi människor tillskriver dem genom att relatera till våra personliga värderingar. Det blir lite mer lätthanterligt ur vetenskaplig synvinkel om vi istället frågar oss hur vården och omsorgen lever upp till de målsättningar som verksamheten själv ställt upp.

Att diskutera och utvärdera vården inom landstingen är ju något vi vant oss vid under de senare decennierna. Men idag sker det faktiskt en hel del vård i kommunernas regi. Inom kommunerna har man bland annat ett uppdrag att sköta äldrevården. Hur ser det ut där? Hur bra lever man upp till sina egna ofta mycket ambitiösa målsättningar? I den här rapporten kommer vi inte att kunna ge något uttömmande svar på hur verkligheten stämmer med idealen men den innehåller en hel del intressanta indikationer och ledtrådar.

När vi – Per-Erik Liss, Tommy Svensson och undertecknad – diskuterade upplägget för det här projektet sade vi oss att det var viktigt att angripa problemet från två håll samtidigt; dels att titta närmare på kommunernas målsättningar, dels att dyka ned i verkligheten och försöka ta reda på hur omsorgen fungerar i praktiken. Uppgiften rörande målsättningarna var först och främst att ta reda på vilka de var och hur de var formulerade. Det var bl a väsentligt att se hur målen var relaterade ”uppåt”, d v s hur de stämmer överens med de mål och prioriteringar som görs på ett nationellt plan. Inte minst borde prioriteringsprinciperna i Hälso- och sjukvårdslagen vara central, inte bara för hur landstingen, utan även kommunerna väljer att fördela sina vårdresurser. I vilken mån spelar exempelvis rättvisepincipen om att fördela efter ”vårdbehov” en roll inom den kommunala sektorn? Och vad utgör ”behov” när det gäller äldre människor? Vad behövs det för hjälp för att vara gammal på ett bra sätt?

En annan väsentlig fråga är hur de kommunala vård- och omsorgsmålsättningarna relaterar till varandra internt. Vilka är de övergripande målsättningarna och vilka är blott operativa mål eller delmål? Om det exempelvis fastställs ett delmål att hemtjänsten skall vara behjälplig med städning men inte med att sitta ned och prata så har det därmed bestämts att det förra är nödvändigare än det andra för att nå övergripande syftet. Det har gjorts en bedömning att den första åtgärden bättre fyller ett väsentligt behov hos de äldre än den andra.

## II

Men hur har man gått tillväga för att komma fram till denna slutsats? Är det så säkert att de olika delmålen verkligen leder mot de stolta proklamationerna i den övergripande visionen? När vi sedan kontemplerade dyket ner i verkligheten så stod det ganska snart klart att det borde bli en djupdykning snarare än blott ett snorklande vid ytan. Det vill säga, vi skulle kanske inte se så mycket av den övergripande statistiken beträffande budgetar och antal människor under åtgärd. Men för att nå de intressanta skikten där vi kan hoppas på att få syn på enskilda människors, i synnerhet äldre människors, behov av vård, trygghet och värdighet så måste vi dyka på djupet. Vi måste lyssna på enskilda människors berättelser om vilka de är, hur de ser på sina liv och vad som är viktigt för dem. Det är ju först på denna nivå som vi kan börja förstå vilka problem och behov det finns, och hur dessa sedan kan relateras till vårdens och omsorgens målsättningar. Hur betydelsefull är överhuvudtaget den kommunala omsorgsservicen i en människas liv på äldre dagar?

I detta sammanhang är det också viktigt att beakta det vi kan kalla för ”mellangruppens” erfarenheter, d v s de som har att implementera målen i sin verksamhet; vårdare, biträden och assistenter. Detta är en grupp som ofta hamnar i kläm mellan politiker och allmänhet. I sin dagliga gärning möter de människorna som behöver vård och omsorg. Samtidigt skall deras verksamhet bedrivas i enlighet med de direktiv och riktlinjer som politikerna ställt upp. Går dessa krav ihop? Hur bedömer vårdaren att han/hon kan möta upp mot de dubbla kraven? Deras observationer, erfarenheter och intressen skiljer sig tydligt från de båda andra gruppernas, det utgör ett eget perspektiv.

När jag, vid slutet av projektiden, sträckläste först Per-Eriks analytiska diskussion om mål och prioriteringar och sedan Tommys djupintervjuer med hemtjänstens vårdbiträden och gamla, hade jag en stark impuls att vi skulle låta studierna stå helt okommenterade. De utgör alla en del av verkligheten, och jämförelsen inbjuder till många frågor och tankar. Varför inte låta läsaren själv dra sina slutsatser? Hur går dessa vitt skilda bilder ihop?

Men, trots allt är det här en vetenskaplig rapport och forskare bör kommentera och dra slutsatser. Det hör väl ändå till? Så Per-Erik gör några avslutande kommentarer där han jämför målsättningar med verklighet. Men dessa kommentarer är blott en liten hjälp på traven. Studien om de officiella målsättningarna å ena sidan och studierna av verksamheten bland personal och mottagare å den andra står på egna ben. Att läsa dem tillsammans ger en stark läsoplevelse och mycket att fundera vidare på.

*Ingemar Nordin*  
*Projektledare*

# INNEHÅLL

<b>1. MÅLEN HAR STOR BETYDELSE .....</b>	<b>1</b>
1.1 SYFTE OCH DISPOSITION .....	3
<b>2. BEGREPPEN FÖRDELNING, PRIORITERING OCH RANSONERING .....</b>	<b>4</b>
2.1 BEGREPPET FÖRDELNING .....	4
2.2 BEGREPPET PRIORITERING .....	6
2.2.1 Horisontella och vertikala prioriteringar .....	7
2.2.2 Öppna prioriteringar .....	7
2.3 BEGREPPET RANSONERING .....	8
2.3.2 Öppna ransoneringar .....	12
2.4 MINSKAT UTBUD KONTRA RANSONERING .....	12
<b>3. VÄLGRUNDADE BESLUT .....</b>	<b>14</b>
3.1 DEN ETISKA PLATTFORMEN .....	15
<b>4. VARFÖR ETT PRECISERAT MÅL? .....</b>	<b>17</b>
4.1 PRECISERADE MÅL UNDERLÄTTAR SAMORDNING OCH RATIONELLA VAL .....	17
4.2 BEHOVSBEDÖMNING KRÄVER PRECISERADE MÅL .....	18
<b>5. BEDÖMNING AV VÅRD OCH OMSORGSBEHOV .....</b>	<b>20</b>
5.1 BEGREPPET VÅRDBEHOV .....	20
5.2 INFORMATION FÖR BEDÖMNING AV VÅRDBEHOV PÅ INDIVIDNIVÅ .....	24
5.2.1 Det aktuella tillståndet .....	25
5.2.2 Det önskvärda tillståndet .....	26
5.2.3 Att bedöma nödvändig åtgärd .....	26
5.3 VEM SKALL BEDÖMA BEHOVET? .....	27
5.4 INFORMATION FÖR BEDÖMNING AV VÅRDBEHOV PÅ POPULATIONSNIVÅ – IDEAL MODELL .....	28
5.4.1 Det aktuella tillståndet .....	28
5.4.2 Det önskvärda tillståndet .....	29
5.4.3 Att bedöma nödvändig åtgärd .....	30
5.5 GRADERING OCH RANGORDNING AV VÅRDBEHOV .....	30
5.5.1 Gradering av gapets storlek .....	31
5.5.2 Gradering av det aktuella tillståndet .....	32
5.5.3 Gradering av konsekvenserna av att inte åtgärda gapet .....	32
5.6 RELATIONEN VÅRDBEHOV – EFTERFRÅGAN AV VÅRD .....	33
5.7 EFTERFRÅGAN AV VÅRD SOM INDIKATOR PÅ VÅRDBEHOV .....	34
5.8 SAMMANFATTNING .....	34
<b>6. BEDÖMNING AV KOSTNADSEFFEKTIVITET .....</b>	<b>36</b>
<b>7. MÅLBEGREPPET .....</b>	<b>38</b>
7.1 TYPER AV MÅL .....	38
7.2 ETT MÅLS FUNKTIONER .....	39
7.3 MÅLETS TRE DIMENSIONER .....	40
7.4 EN HIERARKISK MÅLSTRUKTUR .....	41
7.4.1 Distinktionen mellan finalt mål, instrumentellt mål, operationellt mål och delmål .....	41
7.4.2 Operationellt mål .....	42

7.4.3 Delmål .....	43
7.4.4 Skillnaden mellan mål och domän. ....	43
<b>8. MÅL FÖREKOMMER I OLIKA DOKUMENT .....</b>	<b>45</b>
8.1 MÅL FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD .....	45
<i>Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)</i> .....	45
8.2 LAG OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE (LSS) .....	48
8.3 SOCIALTJÄNSTLAGEN .....	48
8.4 MÅLFORMULERINGAR I NÅGRA UTREDNINGAR .....	49
8.4.1 <i>Prioriteringsutredningens slutbetänkande Vårdens svåra val</i> .....	49
8.4.2 <i>Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén</i> .....	49
8.4.3 <i>Allmänna inriktningsmål för kommunal verksamhet – exemplet Norrköping</i> .....	51
8.5 MÅL FÖR ÄLDREOMSORGEN .....	51
8.5.1 <i>Strategisk plan för äldreomsorgen i Norrköping</i> . ....	51
8.5.2 <i>Målsättning för Åtvidabergs äldreomsorg</i> .....	52
8.5.3 <i>Inriktning för vård och omsorg om äldre i Motala</i> .....	53
8.5.4 <i>Omsorgsplan för Vadstena kommun</i> .....	54
8.5.5 <i>Äldreomsorgsplan för Ödeshögs kommun</i> .....	54
8.5.6 <i>Kommunsjukvården i Linköping</i> .....	55
8.5.7 <i>Sammanfattning av målformuleringar</i> .....	56
8.6 KOMMENTARER TILL OFFENTLIGA MÅL.....	56
<b>REFERENSER.....</b>	<b>59</b>



## 1. MÅLEN HAR STOR BETYDELSE

Människor har alltid varit omgivna av hot av olika slag. Upplevelser av dåligt väder, jordbävningar, vulkanutbrott, vilda djur, kriminalitet, fiender eller aggressiva mikroorganismer har skapat ett starkt upplevt behov av skydd. Medvetenheten om genetiska defekters förekomst och betydelse, människors dumdrighet eller ovarsamhet samt ren otur, har ytterligare stärkt detta upplevda behov. Skyddsmetoderna har förstås varierat med typen av hot. Men erfarenheten av behovet av speciella kunskaper och resurser för att uppnå rimlig säkerhet har utgjort ett starkt incitament för att skapa institutioner eller organisationer. Hälso- och sjukvården utgör ett typiskt exempel. Denna verksamhet inkluderar både ansträngningar att förhindra negativa effekter och ansträngningar att återställa eller kompensera.

Från allra första början kunde inte hälso- och sjukvården på något märkbart sätt förbättra hälsa och spara liv. Den koncentrerade ansträngningarna på att förebygga, diagnostisera och trösta. Men applicerandet av den vetenskapliga metoden medförde radikala förändringar och har resulterat i en högteknologisk hälso- och sjukvård. Denna utveckling har i första hand medfört diskussioner och kontroverser om medlen. Frågor rörande pedagogik, teknologi, ekonomi och organisation har varit frekventa i tidningar, tidskrifter och böcker. De har varit i fokus vid otaliga möten och konferenser. Men alltför lite uppmärksamhet har ägnats åt den mer grundläggande frågan om verksamhetens syfte, uppgift eller mål. Detta är på ett sätt förvånansvärt eftersom en diskussion om medlen är tillräckligt meningsfull först om den utgår från ett klart specificerat mål. Det förekommer förvisso målformuleringar, som vi skall se, men dessa är alltför vaga för att ge vägledning. Dessutom ger de uttryck för en alltför enkel syn på målbegreppet. Mål betraktas i regel som enbart något singulärt. Detta kan vara acceptabelt i vissa sammanhang men det är oacceptabelt vid diskussioner om mål för en komplex verksamhet som vård och omsorg. I sådana sammanhang handlar det inte om ett enskilt mål utan om en hel struktur av mål - hierarkiskt organiserad.

Målen betydelse för att skapa en rationell hälso- och sjukvård, inklusive den kommunala vården och omsorgen, börjar dock få en allt större uppmärksamhet. Ett tecken på detta är det internationella programmet Goals of Medicine, vilket har letts av Hastings Center i New York. Femton länder från hela världen har deltagit i försöket att besvara frågan om hälso- och sjukvårdens mål (Nordenfelt, Tengland, 1996). Ett annat tecken utgör regeringens beslut att tillsätta en parlamentarisk kommitté – folkhälsokommittén – med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen (Dir. 1995:158).

I direktiven framhålls att målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Kommittén levererade sitt slutbetänkande i oktober 2000 (SOU 2000:91).

Kommunerna är numera tillsammans med landstingen sjukvårdshuvudmän. Deras ansvar ur juridisk synpunkt för vård och omsorg har sin grund i Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Kommunerna föreskrivs här skyldigheten att erbjuda äldre människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring goda levnadsvillkor. Genom psykiatireformen har kommunerna fått ett ökat ansvar för psykiskt funktionshindrade. LSS ger kommunerna skyldigheten att främja livskvaliteten hos personer med svåra funktionshinder. HSL ålägger kommunerna att erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad och bostäder med särskild service eller som deltar i dagverksamhet. I detta åläggande ingår även att erbjuda habilitering och rehabilitering åt de grupper för vilka de har ett ansvar samt hjälpmedel för funktionshindrade. I de fall där landstinget överlåtit ansvaret till kommunen svarar denna även för hemsjukvården. Dock ej för sådan hälso- och sjukvård som kräver läkares insatser. HSL reglerar också kommunens ansvar för människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring.

Trots ökade statsbidrag upplever många kommuner ekonomiska svårigheter vid förverkligandet av lagarnas intentioner. Detta framgår inte minst av att vissa kommuner tvingades till drastiska åtgärder för att minska utgifterna. Samtidigt växer trycket på kommunerna att hålla en god standard i bl a vård och omsorg. Detta har lett till stora krav på att utnyttja resurserna på ett effektivt sätt. Kanske kan vi tala om en övergång från en expansionsepok till en prioriteringsepok (Granberg, Montin, Mörck, 2000).

Ökande behov eller efterfrågan av hälso- och sjukvård anses ha sin grund i faktorer som den biomedicinska utvecklingen, den demografiska utvecklingen samt medborgarnas krav och förväntningar (Dir 1992:8). Det är högst troligt att ett gap mellan behov och resurser existerar även inom det område av hälso- och sjukvården som kommunerna är huvudman för. Åtgärderna för att komma till rätta med obalansen mellan resurser och behov är i huvudsak två – effektivare användning av resurserna - och eftersom detta nästan aldrig är tillräckligt - prioritering eller ransonering.

## **1.1 Syfte och disposition**

Syftet med denna rapport är att redovisa resultatet av en teoretisk studie av mål och prioriteringar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Rapporten inleds med en presentation av resultatet av en analys rörande begreppen “fördelning”, “prioritering” och “ransonering”. Därefter följer en presentation av den etiska plattform som skall vägleda beslut angående prioritering och ransonering. Behovs- och solidaritetsprincipen utgör ett centralt inslag i denna plattform. Det är därför nödvändigt att säga något om bedömning och rangordning av vårdbehov. Vi har då påtagligt närmat oss frågan om målens betydelse. Nästa avsnitt inleds med en argumentation varför det är viktigt att studera mål för vård och omsorg. Avsnittet leder över till en presentation av några exempel på offentligt formulerade mål. I ett centralt avsnitt analyseras målbegreppet, målhierarkier samt tänkbara källor. Exempel på mål uttryckta av brukare eller patienter presenteras i ett eget avsnitt. Men även vårdpersonalens mål avseende den vård de tillhandahåller kommer att diskuteras. Studien avslutas med en reflektion över relationen mellan de olika målen.

## 2. BEGREPPEN FÖRDELNING, PRIORITERING OCH RANSONERING

I diskussioner om resursfördelning förekommer begreppen prioritering, ransonering och andra närliggande begrepp som t ex besparing eller utbudsminskning. Det händer ibland att termen prioritering används för att benämna samtliga aktiviteter som är aktuella vid fördelning av begränsade resurser. Begreppet prioritering förekommer dessutom i ett flertal olika innebörder. Denna oklara och mångtydiga användning av begreppet prioritering är otillfredsställande både ur handlings- och kommunikationssynpunkt. Enligt prioriteringsutredningen, och senare riksdagen, skall prioriteringsbesluten vägledas av de tre etiska riktlinjerna Människovärdesprincipen, Behovs- eller solidaritetsprincipen och Kostnadseffektivitetsprincipen. Frågan blir då vilka beslut det är som skall räknas som prioriteringsbeslut och därmed vägledas av riktlinjerna. Ur kommunikationssynpunkt är det viktigt med en enhetlig terminologi. När ett begrepp omedvetet används i olika betydelser blir följderna ofta missförstånd, ofruktbara diskussioner och i slutändan minskad rationalitet i olika processer. Avsikten med detta avsnitt är att presentera huvuddragen i begreppen “fördelning”, “prioritering” och “ransonering”. (För en utförligare analys, se Liss, 2004).

### 2.1 Begreppet fördelning

Termen “fördelning” brukar användas i två skilda huvudbetydelser – dels för att beteckna ett beslut eller en process och dels för att beteckna ett resultat eller tillstånd. När en betraktare av en fördelning påstår att “vid fördelningen av de knappa vårdresurserna har de inte följt de angivna riktlinjerna”, handlar det om fördelning som process. Beträktaren syftar på själva fördelningsprocessen. När betraktaren å andra sidan hävdar att “fördelningen är inte rättvis därför att vissa grupper är förfördelade” handlar det om fördelning som tillstånd. Termen “fördelning” används här för att beteckna ett tillstånd som kännetecknas av att några har för lite i jämförelse med andra. Vid diskussioner om prioritering och ransonering inom vård och omsorg handlar det oftast om fördelning som process.

Vi kan fatta beslut om fördelning av något på olika nivåer och det kan handla om att fördela olika saker. För att ta några exempel: handläggaren fördelar resurser mellan olika brukare, sjuksköterskan fördelar sin tid mellan patienter eller mellan patienter och administration; klinikchefen fördelar personella resurser mellan avdelningarna; den politiska nämnden fördelar ekonomiska resurser mellan olika vårdhem.

En fördelning innebär alltid en fördelning av något. Det kan handla om att fördela sin tid mellan olika aktiviteter, det kan handla om att fördela ekonomiska, personella eller materiella resurser. Men det kan även handla om fördelning av t ex välbefinnande, hälsa, ohälsa, sjukdom, skada eller risker. Vi talar ibland om t ex “orättvisor i hälsans fördelning” (SOU 2000:91). Det som fördelas eller är fördelat kommer att benämnas *fördelningsobjekt*. Vid en fördelning av ekonomiska resurser mellan t ex olika kliniker utgör “ekonomiska resurser” fördelningsobjektet.

Att fördela innebär normalt ett medvetet beslut att dela upp och dela ut det som utgör fördelningsobjekt (t ex resurser) till två eller flera mottagare. Fördelning av resurser inom vård och omsorg kan ske mellan geografiska områden, boendeformer, vårdcentraler, patient/brukarkategorier o s v. *Standardformen av fördelning innebär att något medvetet delas upp mellan två eller flera mottagare samt att respektive del delas ut till mottagarna.*

Att medvetet överväga alternativ är ett avgörande kriterium. För att en process skall kunna betecknas som en fördelning måste den innehålla ett medvetet val mellan alternativen. Att enbart dela ut en given resurs till en enskild mottagare bör inte betraktas som en fördelning. Att t ex ge en slant till tiggaren framför dig men inte till den för dig okände tiggaren bakom hörnet kan inte betecknas som en (planerad) fördelning mellan tiggarna. Har du däremot två tiggare framför dig och beslutar att ge en delbar summa endast till den ene kan vi beteckna tilldelningen som en (planerad) fördelning mellan de två tiggarna. Inom vården och omsorgen kan den politiska nämnden besluta att satsa på en viss sektor, t ex en viss boendeform, och tilldela den extra resurser. För att vi ska kunna kalla detta för en fördelning måste nämnden ha övervägt andra alternativ. Har den inte det får vi benämna beslutet för utdelning eller tilldelning.

Saken är dock annorlunda när det handlar om *fördelning som tillstånd*. Det tillstånd vi betraktar ur fördelningssynpunkt kan vara en konsekvens av medvetna beslut med avsikt att åstadkomma en viss fördelning, d v s konsekvens av en planerad process, men det behöver inte vara det. Tillståndet kan vara en följd av en process som innehåller både slump, omedvetna handlingar samt medvetna handlingar med andra avsikter, d v s resultat av en oplanerad process. Oavsett hur resultatet har kommit till stånd kan vi betrakta tillståndet som en fördelning. I detta fall gäller inte kravet på att samtliga mottagare skall ha funnits med i övervägandena som föregick beslutet för att vi skall betrakta resultatet som en fördelning. När vi bedömer en fördelning som tillstånd ser vi endast till vad olika mottagare har i relation till varandra.

## 2.2 Begreppet prioritering

Låt oss betrakta ett standardfall av prioritering. På avdelningen finns fem boende som alla har behov av vård. Sjuksköterskan kan inte ge alla fem boende vård samtidigt utan måste åtgärda behoven i tur och ordning. Hon måste göra en arbetsordning. Prioritering kan handla om att göra en sådan arbetsordning. Vi kan uttrycka prioriteringsbegreppet innehåll i en kortfattad formulering:

*Att prioritera innebär att rangordna och välja ut.*

Att prioritera innebär att rangordna olika alternativ. Rangordningen kan komma till uttryck på olika sätt; t ex genom att upprätta en lista över alternativen eller skapa en arbetsordning. Rangordningen kan ske på olika nivåer och beröra två eller flera alternativ. Det skulle kunna handla om att på den politiska nivån rangordna behov hos olika befolkningsgrupper, att inom en avdelning rangordna vårdbehov eller att på individnivå rangordna olika aktiviteter genom att göra en arbetsordning (som i standardfallet ovan).

Prioritering innebär också att utifrån rangordningen välja ut de alternativ som skall sättas före och åtgärdas framför de alternativ som skall senareläggas eller inte åtgärdas alls. Ett exempel på det senare utgör förslaget att behandling för godartade hudtumörer utan symtom inte skall ingå i landstingets vårdutbud. Valet kan också handla om vilka alternativ som skall åtgärdas optimalt respektive endast till viss del. Exempel på det senare är indikationsskärpningar (för t ex lindrig hösnuva), begränsning av operation till det ena ögat och slopande av efterkontroller (Landstinget i Östergötland, <http://e.lio.se>). Prioritering innebär således enbart rangordning, alternativt rangordning och "välja ut". Däremot ingår inte beslut om vad som skall ske med de vårdbehov som valts ut. Beslut om att t ex inte optimalt åtgärda behov ingår inte i prioriteringsbegreppet utan kommer att betecknas ransonering (se avsnitt om ransonering).

Alla typer av rangordning eller alla sätt att välja kan dock inte räknas som prioritering. Att t ex välja bort en typ av behandling eller åtgärd därför att den i sig anses vara etiskt problematisk eller att den inte bedöms vara till nytta för patienten kan inte betecknas som en prioritering. Vi måste ställa vissa krav för att en rangordning respektive ett val skall kunna räknas som prioritering. För det första måste både X och Y vara övervägda. Vi kan inte säga att vi har rangordnat X före Y om vi aldrig har övervägt Y.

För det andra måste X och Y vara relevanta alternativ på så sätt att både X och Y hade kunnat komma ifråga. Antag att vi har en situation där sjuksköterskan bedömer att person A har behov av att bli undersökt av läkare snarast medan person B inte har detta behov utan kan avvakta.

Vi kan inte här säga att sjuksköterskan har prioriterat A före B. Anledningen till detta är att B:s tillstånd, enligt bedömningen, i nuläget inte föranleder ett läkarbesök. B bedöms inte ha ett vårdbehov och behöver därför inte bli undersökt av läkare. För att ett beslut om rangordning av olika alternativ eller ett val mellan dem skall kunna betecknas som en prioritering måste således alternativen vara övervägda och relevanta.

### **2.2.1 Horisontella och vertikala prioriteringar**

Prioritering innebär en rangordning eller ett val mellan övervägda alternativ. Det är vanligt att skilja mellan olika former av prioriteringar i enlighet med prioriteringsobjektens karaktär. Vi kan prioritera mellan t ex geografiska områden, verksamhetsområden, vårdcentraler, kliniker, boendeformer, vårdformer, grupper av personer, sjukdomsgrupper, enskilda individer eller behandlingsformer.

En ofta förekommande distinktion är den mellan horisontella och vertikala prioriteringar (Karlsson, 2002). Horisontella prioriteringar betecknar då rangordning eller val mellan t ex verksamhetsområden, vårdcentraler eller avdelningar. Medan vertikala prioriteringar betecknar rangordning eller val mellan patienter inom t ex en avdelning eller sjukdomsgrupp, eller mellan olika behandlingsformer för en enskild patient. Det är dock oklart var gränsen skall dras mellan horisontella och vertikala prioriteringar. Vi kan t ex låta kliniken utgöra gränsdragningskriteriet. Det skulle då betyda att alla val inom kliniken, t ex mellan sjukdomsgrupper, diagnoser eller patientgrupper med samma diagnos, betecknas som vertikal prioritering. Det kanske vanligaste sättet att skilja mellan vertikala och horisontella prioriteringar är att låta beteckningen "vertikala prioriteringar" stå för val mellan patienter eller sjukdomar inom samma sjukdomsgrupp. Beteckningen "horisontella prioriteringar" får då stå för val mellan sjukdomsgrupper, avdelningar, boendeformer, verksamhetsområden, etc.

Anledningen till att göra en distinktion mellan horisontell och vertikal prioritering är att markera en rollfördelning mellan t ex politiker och vårdprofessioner. Utgångspunkten är att valen skall ske i samarbete mellan de olika aktörerna men att politikerna får huvudansvaret för de horisontella prioriteringarna och vårdprofessionerna får huvudansvaret för de vertikala prioriteringarna.

### **2.2.2 Öppna prioriteringar**

Det är vanligare idag att tala om öppna prioriteringar. Prioriteringar har alltid förekommit men det nya i dagens situation är ett mer uttalat krav på att de skall vara öppna.

Av direktiven till prioriteringsutredningen framgår att de etiska principerna skall ge vägledning och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det framgår också att behovet av öppna och medvetna prioriteringar ökar samt att öppet redovisade grunder för prioriteringar gör det möjligt att kritiskt granska dem (SOU 1995:5). Grundtanken med öppna prioriteringar tycks vara att de skall kunna bli föremål för diskussioner såväl inom vården och omsorgen som bland intresserade medborgare. Öppenheten skall också kunna främja en dialog mellan olika aktörer beträffande fördelning av resurser inom vård och omsorg. Huvudkomponenten i begreppet "öppen prioritering" torde därför vara offentlighet.

Det är dock inte tillräckligt med krav på offentlighet. Det handlar också om vad som skall vara offentligt. Enligt ett förslag till definition av begreppet "öppen prioritering" skall själva beslutet göras offentligt (Liss 2004). Men dessutom skall grunderna för beslutet – de värderingar eller fakta som ligger till grund för beslutet – göras tillgängligt för den som önskar ta del av det. Slutligen skall även resonemangen som har lett fram till beslutet redovisas – t ex hur avvägningen mellan hänsyn till olika intressen har gått till. Vi kan sammanfatta innehållet i begreppet "öppen prioritering" med följande formulering:

*En prioritering är öppen i den utsträckning prioriteringsbesluten, grunderna och resonemangen bakom besluten är tillgängliga för alla som önskar ta del av dem.*

### **2.3 Begreppet ransonering**

Att ransonera betyder enligt Nationalencyklopedin att "minska tilldelningen av något". En minskad tilldelning leder ofta till begränsade möjligheter, eller inga alls, att tillfredsställa önskningar eller behov. Termen "ransonering" kan även beteckna utdelning av ransoner. Enligt Nationalencyklopedin betyder ransonering också "det att fördela i bestämda proportioner".

En del människor minns fortfarande ransoneringen under andra världskriget. Det rådde knapphet på vissa varor och myndigheterna ansåg det nödvändigt att dela upp varorna i begränsade ransoner för att de hjälpligt skulle räcka till alla. Motbokssystemet för inköp av vin och sprit är ett något modernare exempel där motivet är något annat än resursknapphet. Tilldelning av fiskekvoter är ett aktuellt exempel på ransonering där skälet är befarad knapphet eller utplånande av fiskbestånd. Termen "ransonering" används inte lika ofta som "prioritering" vid diskussioner om fördelning av resurser inom vård och omsorg även om ransonering i praktiken inte alls är ovanligt.



Det handlar då om att åtgärda gapet mellan behov och tillgängliga resurser genom att *begränsa möjligheterna att möta behoven optimalt*. Det kan t ex handla om att glesa ut antalet dialystillfällen för de ordinarie patienterna och på så sätt göra plats för ytterligare en dialyspatient, att öka väntetiden för starroperationer, att begränsa antal timmar sjukgymnastik vid rehabiliteringen efter en skada, att begränsa antal timmar städhjälp eller att servera kall istället för varm mat. Att möta en resursbrist genom utspädning eller utbudsbegränsning innebär att möjligheten att tillfredsställa behov optimalt kommer att begränsas. Det är då fråga om en ransonering av vård och omsorg.

Vi får då följande formulering av begreppet "ransonering": Ransonering innebär begränsade möjligheter att optimalt tillfredsställa vård- eller omsorgsbehov. Möjligheterna kan begränsas på olika sätt t ex genom att patienten inte blir optimalt återställd, att brukaren får mindre antal timmar hemtjänst, eller att den behövande får vänta orimligt lång tid på att få sitt behov åtgärdat. Vi skall nu utveckla analysen av begreppet "ransonering" mer i detalj.

*Begränsade möjligheter* utgör kärnan i begreppet "ransonering". Utdelning av ransoner innebär begränsade möjligheter för människor att tillfredsställa sina önskningar. Under andra världskriget kunde inte människor köpa den mängd kött eller socker som de önskade. Motbokssystemet innebar begränsningar i möjligheterna att köpa alkoholhaltiga drycker. Tilldelning av fiskekvoter medför att fiskarna inte får ta upp den mängd fisk de önskar. Ransonering kan också innebära att möjligheterna helt uteblir. Tilldelning av t ex fiskekvoter skulle kunna innebära ett totalstopp för fisket under en viss tid. Det är viktigt att ta hänsyn till människors önskningar inom vården och omsorgen t ex vid val av vårdcentral, läkare eller boende. Men vid val av insats, behandling eller fördelning av resurser är behovet det avgörande kriteriet. Begreppet "ransonering" är därför definierat i termer av vård- respektive omsorgsbehov.

Alla former av begränsning av möjligheter att tillfredsställa behov brukar dock inte räknas som ransonering. På t ex en fri marknad begränsas möjligheterna av prissättningen. Stor efterfrågan på en vara leder till höga priser vilket medför att några inte får ekonomiska möjligheter att köpa varan. En sådan begränsning räknas dock normalt inte som ransonering. Begränsade möjligheter att tillfredsställa behov innebär att behoven inte blir optimalt tillfredsställda. Begränsning av antalet timmar sjukgymnastik innebär att behovet av sjukgymnastik inte blir tillräckligt tillfredsställt. Begränsning av antalet timmar hemtjänst innebär att behovet av hjälp i hemmet inte kommer att tillfredsställas optimalt. Vi kan med andra ord bedöma om möjligheterna är begränsade genom att bedöma i vilken grad som behoven är tillfredsställda. Är de inte optimalt tillfredsställda utgör detta ett tecken på att möjligheterna är begränsade.

Resonemanget flyttar nu fokus till frågan om vad som menas med att ett behov *inte* är optimalt tillfredsställt. Att behoven inte är optimalt åtgärdade kan betyda två saker.

1. Behoven blir föremål för åtgärd men blir inte helt tillfredsställda i alla avseenden. Det kan handla om att förskriva ett billigare läkemedel med några fler biverkningar, att inte patienten blir helt återställd efter en skada eller att den behövande får mindre hjälp i hemmet. Vi skall senare utveckla analysen angående former för ransonering.
2. Behoven blir inte alls åtgärdade. Begränsning av möjligheterna att tillfredsställa behov skulle kunna få till följd att några behov inte kommer att åtgärdas alls. Beslutet att inte behandla lättare åderbräck inom offentligt finansierad vård är ett exempel på en sådan form av begränsning. Möjligheterna att tillfredsställa behov kan också begränsas genom ändring av indikationer. För att ett behov av t ex ögonoperation skall åtgärdas krävs att synen har försämrats betydligt.

Vi har hittills talat mest om optimal nivå som en viss grad av måluppfyllelse. Ransonering innebär en begränsad grad av måluppfyllelse i relation till den optimala nivån. Men ytterligare dimensioner är viktiga i detta sammanhang – t ex den tidsmässiga dimensionen. Ett optimalt åtgärdat vårdbehov innebär, förutom att vi når den optimala hälsonivån, att vi också når den inom en rimlig tid. Följaktligen innebär detta att om åtgärdandet av vårdbehovet till optimal hälsonivå tar orimligt lång tid har vårdbehovet inte blivit optimalt åtgärdat – även om vi till slut uppnådde den optimala hälsonivån. Frågan om vad som utgör rimlig tid kan inte besvaras generellt. Svaret kommer att variera beroende på vilken sjukdom, skada eller ohälsa det är fråga om. För att en begränsning skall kunna betraktas som en ransonering måste det dock vara ett medvetet beslut.

En tredje dimension berör vad vi skulle kunna beteckna som kvaliteten i vården och omsorgen. Ransonering innebär då att behoven inte kommer att åtgärdas med optimal kvalitet. Det handlar här inte om att äventyra patienternas hälsa eller livskvalitet utan att på marginalen begränsa möjligheterna att optimalt åtgärda vårdbehov genom t ex färre återbesök eller att använda ett billigare läkemedel med sämre effekt eller något fler biverkningar.

En fjärde dimension berör hur hög grad av hälsoförsämring vi bör acceptera innan behovet åtgärdas. Försämring av syn eller hörsel kan utgöra exempel. Att behovet inte åtgärdas optimalt betyder då att försämringen är större än vad som kan anses vara rimligt. Det kan t ex handla om att indikationer för operation har förändrats.

Att behovet åtgärdas optimalt betyder med andra ord att:

- behovets mål realiseras, d v s optimal hälsa eller livskvalitet uppnås,
- behovet åtgärdas inom en rimlig tid,
- med rimlig kvalitet,
- behovet åtgärdas innan försämringen blivit orimligt stor.

Ransonering av vård innebär begränsade möjligheter att åtgärda behov i något avseende. Begränsningen kan få olika karaktär beroende på situationen. Vi kan dela in olika typer av ransoneringsåtgärder i fem kategorier:

- Målransonering – en begränsning av behovsmålet, d v s behovet av vård eller omsorg blir åtgärdat endast till en viss grad och optimal hälsa eller livskvalitet kommer ej att uppnås.
- Bortval – vissa besvär, sjukdomar eller tillstånd av nedsatt livskvalitet blir inte alls åtgärdade.
- Tidsransonering – målet kommer ej att uppnås inom rimlig tid.
- Utspädning – begränsning av kvaliteten.
- Indikationsändring – ökad försämring innan behovet åtgärdas.

Ransoneringen inom varje huvudkategori kan ta sig olika uttryck.

*Målransonering* kan ske genom medvetna beslut att inte åtgärda behoven så att optimal hälsa eller livskvalitet uppnås. Det kan t ex handla om att begränsa insatser som möjliggör aktivitet och delaktighet, t ex rehabiliteringsinsatser, eller insatser för hjälp i hemmet. Målransonering kan även ske genom att begränsa tillgängligheten. Vi kan t ex höja avgifter eller centralisera vårdutbudet så att det geografiska avståndet till vården ökar vilket medför att vissa vårdbehov inte blir åtgärdade.

Bortval handlar om beslut att inte åtgärda vissa behov inom den offentligt finansierade verksamheten. Beslut att brukaren i eget boende inte kan få hjälp med att baka bröd eller gå på promenad utgör exempel på denna form av ransonering (förutsatt att det finns behov av dessa åtgärder). Beslut att inte utföra rituell omskärelse eller behandla lättare åderbräck utgör exempel inom vården. (Ransoneringen kan här föregås av prioriteringsbeslut angående vilka insatser eller behandlingar som inte skall erbjudas).

*Tidsransonering* för med sig förseningar – behoven blir inte åtgärdade inom rimlig tid. Det kan ske genom att brukaren eller patienten får vänta orimligt lång tid innan insatsen eller behandlingen påbörjas. Det kan också ske genom att välja behandlingsmetoder som tar onödigt lång tid. *Utspädning* är en samlingsbeteckning för olika åtgärder som samtliga innebär att behoven inte blir åtgärdade med rimlig kvalitet.

Det kan handla om glesare återbesök, sämre protestyper, personal med lägre utbildning samt billigare läkemedel med sämre effekt eller med flera biverkningar än ett dyrare alternativ för att nämna några exempel.

*Indikationsändring* innebär att kriterierna för vilka behov som skall åtgärdas har ändrats. Det kan krävas en större grad av försämring av hälsan eller livskvaliteten innan behoven blir föremål för åtgärd. Beslutet att behov av ögonoperation endast skall åtgärdas om synförmågan har försämrats till en grad att den underskridit en rimlig gräns, kan utgöra ett exempel på denna form av ransonering.

### **2.3.2 Öppna ransoneringar**

På samma sätt som vi talar om öppen prioritering kan vi också tala om öppen ransonering. Även i detta fall kan vi analysera begreppet "öppen ransonering" utifrån de kriterier som användes vid definitionen av begreppet "öppen prioritering". Ransoneringen är öppen i den utsträckning besluten, grunderna för besluten och resonemangen bakom besluten är tillgängliga för dem som önskar ta del av dem. Det är knappast troligt att en beslutsfattare gör en ransonering rakt över all verksamhet inom vård och omsorg. Det är troligare att beslutsfattaren väljer ut vissa områden, t ex vissa sjukdomsgrupper, vissa sjukdomstillstånd eller vissa former för stöd i hemmet där vården och omsorgen skall ransoneras. Dessa val kan innebära prioritering. Med andra ord kommer i praktiken ransoneringsbeslut att föregås av prioriteringsbeslut. Beslutsfattaren kan t ex göra en rangordning bland sjukdomstillstånd och sedan besluta att ransonera vården för de tillstånd som hamnade längst ner på rangordningslistan. En öppen ransonering kräver inte endast att information om själva ransoneringen görs tillgänglig utan också att information om det prioriteringsbeslut som föregår ransoneringen görs tillgängligt. Kravet på öppenhet innebär här en redovisning av varför just vissa tillstånd eller stödformer blev ransonerade.

## **2.4 Minskat utbud kontra ransonering**

Vi kan i praktiken åstadkomma ransoneringar genom att minska utbudet. Det kanske är det vanligaste sättet att ransonera inom vård och omsorg. Men *minskning av vårdutbud utgör inte i sig ransonering*. I vissa situationer är det möjligt att minska utbudet av vård utan att detta påverkar möjligheterna att tillfredsställa vårdbehov. Ett exempel på detta utgör beslutet att anpassa utbudet till förändringar i förekomsten av behov. I de fall behoven minskar i t ex en avfolkningsbygd kan detta få till följd att utbudet av vård och omsorg anpassas till den nya situationen genom indragning av tjänster. En sådan anpassning kan inte rimligen betecknas som ransonering.

Exemplet visar att något annat än själva beslutet om utbudsminskning är det avgörande för om det skall betecknas som ransonering. *I denna rapport utgör begränsade möjligheter att tillfredsställa behov* det centrala kriteriet.

### 3. VÄLGRUNDADE BESLUT

Beslut om fördelning av resurser inom vård och omsorg får konsekvenser för människor. Det är därför viktigt att de är välgrundade. Få människor, om några, accepterar att beslut om prioriteringar och ransoneringar är godtyckliga. För att undvika godtycke, eller att hänsyn till att särintressen påverkar fördelningsprocessen, bör besluten vara baserade på fakta. Men det är då inte försvarbart att använda sig av vilka fakta som helst. Valet av fakta måste vara rationellt eller kunna försvaras utifrån en legitimerad värdegrund. Den avgörande frågan blir då vilka fakta som bör ligga till grund för besluten och hur vi bör gå tillväga vid valet av dessa betydelsefulla fakta.

Fakta (eller data) om människor – såsom hälsotillstånd, boendesituation, ekonomiska förutsättningar, social situation, etc – förekommer i olika sammanhang. Men oavsett vilka sammanhang de förekommer i behandlas fakta i regel på tre olika nivåer. På den första nivån handlar det om att välja vilka fakta som är relevanta i situationen. På den andra nivån sker insamling av utvalda fakta genom olika metoder. Det kan handla om besiktning, intervjuer, enkätundersökningar, användning av registerdata eller kontrollerade studier. På den tredje nivån slutligen bearbetas dessa fakta systematiskt, t ex med hjälp av statistiska metoder.

Kunskapsläget ser dock olika ut på de tre nivåerna. De metoder som används för att samla in data (nivå 2) är i regel väl utvecklade även om ständig metodutveckling pågår. Detta gäller även metoder för att bearbeta de data som samlats in (nivå 3). Däremot verkar det saknas utvecklade teorier avseende valet av fakta (nivå 1). Detta är synnerligen allvarligt. Det spelar ju ingen roll hur väl utvecklade eller sofistiska (sofistikerade?) metoder vi har använt vid insamling och bearbetning av fakta om det är fel fakta vi har samlat in och behandlat. Resultatet blir då i vilket fall som helst oanvändbart.

Det ingår dock inte i syftet med denna rapport att utarbeta en teori som skall styra valet av de fakta som bör ligga till grund för beslut om prioritering och ransonering inom vård och omsorg. Men däremot ligger följande resonemang delvis till grund för rapportens disposition. Fakta om behov anses i regel vara viktiga fakta vid fördelning av resurser. Men vilka fakta om behov vi i så fall bör utgå ifrån beror på resultatet av analysen av begreppet behov. Men huruvida de fakta som skall ligga till grund för prioriteringen bör vara fakta om behov beror i sin tur på vilka etiska principer som skall vägleda prioriteringsbesluten. Behov är intressant endast om behovsprincipen är en princip som bör användas (ensam eller tillsammans med andra) för vägledning. Resursfördelningens grunder innehåller med andra ord tre komponenter: fakta, begrepp och värden.

## Figur 1 Resursfördelningens hörnstenar

- Värden: Etiska principer.  
 Begrepp: "Behov" och "Kostnadseffektivitet".  
 Fakta: Sjukdomens eller skadans svårighetsgrad,  
 åtgärders kostnader i relation till effekt.

Det existerar en hierarki mellan de tre komponenterna. Vi vet inte vilka fakta vi bör utgå ifrån innan den begreppsliga komponenten är analyserad. När t ex behovsprincipen skall tillämpas vid fördelning av resurser inom vård och omsorg innebär detta att fakta om vårdbehov eller omsorgsbehov blir intressanta. Men exakt vilka fakta vi bör använda är osäkert innan en fullständig analys av behovsbegreppet är genomförd. Vi vet dock inte heller om begreppet behov är viktigt att analysera, eller vilka andra begrepp som kan vara intressanta, innan värdekomponenten – den etiska plattformen – är klarlagd. Begreppet behov blir intressant endast om behovsprincipen ingår i en etisk plattform. De värden i form av etiska principer som bör ligga till grund för fördelningsbeslut utgör med andra ord den mest grundläggande komponenten.

### **3.1 Den etiska plattformen**

Regeringen tillsatte 1992 en parlamentarisk kommitté (Prioriteringsutredningen) med uppdrag att bland annat lyfta fram grundläggande etiska principer som kan ge vägledning och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Dir. 1992:8). Utredningen presenterade sitt slutbetänkande 1995 (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) efter ett omfattande remissförfarande. I detta slutbetänkande ingår en etisk plattform bestående av tre etiska principer – människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna är hierarkiskt ordnade i nämnd ordning.

Människovärdesprincipen föreskriver att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Principen betraktas som en ramprincip. Den anger i första hand vad vi inte bör ta hänsyn till vid beslut om resursfördelning. Vi bör inte utgå från personliga egenskaper som begåvning, ålder eller kön. Vi bör heller inte utgå från funktioner i samhället som social ställning eller socialt ansvar. Behovs- eller solidaritetsprincipen föreskriver att resurserna bör satsas på de områden, verksamheter eller individer där behoven är störst. Detta innebär att mera av vårdens och omsorgens resurser skall ges åt de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Solidaritet innebär, förutom lika möjligheter till vård, att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, d v s att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet.

Solidaritet innebär också att behoven hos de svagaste skall särskilt beaktas. Det handlar här om att t ex barn, åldersdementa, medvetlösa, förvirrade eller gravt psykiskt störda skall få sina behov bedömda eftersom de har mindre möjligheter än andra att framföra dem.

Kostnadseffektivitetsprincipen föreskriver att vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Enligt utredningen bör kostnadseffektivitetsprincipen endast tillämpas vid jämförelser av metoder för behandling av samma sjukdom. Detta betyder att den endast bör tillämpas vid t ex prioriteringar mellan behandlingar – inte vid prioriteringar mellan ohälsotillstånd eller personer. Effektökningen kan bestå av att åtgärdens eller behandlingens mål uppfylls bättre eller att biverkningar och risken för komplikationer minskar. Vi kan också lägga märke till att utredningen här antyder ett mål för verksamheten. Behandlingar eller åtgärders effekter skall mätas i termer av hälsa och livskvalitet.

Den etiska plattformen antyder i grova drag vilka fakta som bör, eller inte bör, ligga till grund för beslut om resursfördelning inom vård och omsorg. Människovärdesprincipen anger att vi inte bör ta hänsyn till fakta om personliga egenskaper eller funktioner i samhället. Behovs- eller solidaritetsprincipen anger att vi bör ta hänsyn till fakta rörande behov och bör särskilt uppmärksamma behoven hos de svagaste. Kostnadseffektivitetsprincipen anger att vi bör ta hänsyn till fakta rörande åtgärders kostnader och effekter samt relationen mellan dessa komponenter.



## 4. VARFÖR ETT PRECISERAT MÅL?

Vi kommer här att presentera tre olika skäl för att ett preciserat mål för hälso- och sjukvården är viktigt. Det första berör ett rationellt krav. Ett preciserat mål underlättar val av lämpliga åtgärder eller insatser samt underlättar samarbete och samordning mellan olika aktörer. Det andra skälet berör bedömning av behov. Behovsbegreppet innehåller en målkomponent och denna komponent bör stå i en rationell relation till verksamhetens mål. Ett preciserat mål för hälso- och sjukvården är därför nödvändigt för en rimligt rationell bedömning av vårdbehov. Det tredje skälet rör bedömning av effektiviteten hos en åtgärd eller insats. Vid en sådan bedömning handlar det inte enbart om att åtgärden har effekt utan att den har den rätta effekten. Vad som utgör rätt effekt kan endast avgöras utifrån syftet med åtgärden, d v s utifrån verksamhetens mål. Vi skall nu presentera dessa tre skäl något utförligare.

### **4.1 Preciserade mål underlättar samordning och rationella val**

När vi på avstånd betraktar hälso- och sjukvården i sin helhet ser vi ett flertal institutioner och en mängd olika aktörer involverade i ett stort antal aktiviteter av skilda slag. Förutom den kommunala och landstingsorganiserade hälso- och sjukvården har t ex följande statliga myndigheter som uppgift att bl a främja hälsa: Arbetskyddsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Barnombudsmannen, Boverket, Folkhälsoinstitutet, Institutet för miljömedicin, Konsumentverket, Vetenskapsrådet, Riksförsäkringsverket, Skolverket, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Statens institut för psykosocial miljömedicin, Statens livsmedelsverk, Statens naturvårdverk, Ungdomsstyrelsen, Vägverket, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Apoteket och Läkeförmånsnämnden. Här finns inte bara de traditionella medicinska och paramedicinska aktörerna såsom läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, utan också t ex folkhälsovetare, psykologer, pedagoger och dietister verksamma inom hälsofrämjandet. Dessutom tillkommer tekniker, lekmän, politiker, ekonomer, handläggare och administratörer. Även brukaren/patienten och anhöriga är centrala aktörer i detta sammanhang och de har ambitioner och mål med sina liv som har betydelse för utformningen av åtgärder eller insatser.

Några frågor gör sig påminda vid observationen av denna mångfald. I vilken grad är aktiviteterna hos alla dessa aktörer samordnade? Vet den ena aktören vad den andra gör? Och framför allt, arbetar de mot samma mål? I vilken grad sammanfaller brukarens/patientens mål med övriga aktörers mål? Det är allmänt känt att ett lyckat lagarbete bl a kräver enighet om mål.

Förutsättningarna för att vården och omsorgen skall lyckas torde därför öka påtagligt om de olika aktörerna, inklusive brukare/patient, strävar mot samma mål.

Ett mål kan ha flera funktioner (se avsnitt nedan). En av de viktigaste är att fungera som vägledning vid val av handling eller åtgärd. All mänsklig verksamhet, inklusive vården och omsorgen, kräver för att kunna fungera rationellt en rad målsättningar. Målet ger riktning och begränsning för beslutsfattande. Det tillhandahåller kriterier för generering av olika handlingsalternativ och för val mellan dessa. Ett klart preciserat mål minskar risken för inkonsekvens och godtycklighet vid val mellan åtgärder eller insatser. Det är en förutsättning för rationellt beslutsfattande på alla nivåer. Även om målen finns explicit formulerade kan verksamheten i praktiken förbli nästan opåverkad av dem. Det finns därmed i själva verket andra implicita mål som är operativa och som är behäftade med svagheter. Dessutom framstår det som allt viktigare att ta hänsyn till medborgarnas, brukarnas eller patienternas uppfattning eller önskemål om vad de vill ha ut av vården och omsorgen. Ytterligare en aspekt av målproblematiken, som aktualiserats av de nedskärningar som drabbat vården under de senaste åren, är att verksamhetens faktiska målinriktning i praktiken kan ha förändrats utan att politikerns och/eller praktikers *föreställningar* om målen förändrats på samma sätt.

#### **4.2 Behovsbedömning kräver preciserade mål**

I den etiska plattform som skall vägleda prioriteringar inom hälso- och sjukvården – både inom landstingskommunal, primärkommunal och privat producerad vård – ingår behovs- eller solidaritetsprincipen. En central komponent i behovsbegreppet är vad som kallas behovets mål.

Prioriteringsutredningen använder ett behovsbegrepp med följande struktur: *någon behöver en vårdåtgärd i den utsträckning denna är nödvändig för att realisera ett mål*. Detta synsätt delas av många. Dock råder viss oenighet om vilket målet är. Utredningen själv anför hälsa och livskvalitet som hälso- och sjukvårdens huvudmål, men utför sedan ingen närmare analys av dessa begrepp. En sådan analys är emellertid nödvändig eftersom skilda målformuleringar ger upphov till skilda uppsättningar behov.

Det mål som utgör grunden för bedömning av vårdbehov måste stå i en rimlig relation till vårdens och omsorgens mål. En fullständig förståelse av dessa mål och dess relationer kräver en klar teoretisk plattform. Det finns en tendens vid diskussioner av mål i allmänhet att betrakta mål som något fullständigt singulärt.

Detta är dock klart otillfredsställande när det rör komplexa verksamheter som vård och omsorg där olika professioner med skilda delmål samverkar. I sådana sammanhang handlar det inte enbart om ett mål utan om en hierarki av mål innehållande olika former av delmål som står i olika relationer till det yttersta målet. Inte sällan är de olika aktörernas faktiska mål i konflikt med varandra.

Det är inte givet på förhand vilket av målen i hierarkin som skall ligga till grund för behovsbedömningar. Denna fråga blir särskilt intressant vid verksamheter som innehåller flera olika uppgifter. Exempelvis förväntas omvårdnaden inte enbart bidra till hälsomålet utan även kompensera patienten för dess bristande förmåga att tillfredsställa grundläggande behov samt att bidra till att göra patienten oberoende.

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär bl a att vården först och främst skall gå till dem med störst behov. Detta medför att prioritering i enlighet med behov kräver både bedömning av vårdbehov och rangordning av dem i enlighet med behovens storlek. Båda dessa handlingar kräver för att vara rimligt rationella en uppfattning om verksamhetens mål. Vi skall nu utveckla detta genom att titta närmare på behovsbegreppet och bedömning av vårdbehov.

## 5. BEDÖMNING AV VÅRD OCH OMSORGSBEHOV

Ett behovsbaserat beslutsfattande innebär att både dimensionering och fördelning av resurser inom en sektor baseras på en bedömning av behov. Bedömning av behov kan ske på olika nivåer. Det är vanligt att göra en indelning i tre nivåer: befolkningsnivå (makro), gruppnivå (meso) och individnivå (mikro). Oavsett nivå inkluderar en bedömning av behov följande tre stadier:

- (1) identifiering av behov,
- (2) bedömning av nödvändiga åtgärder för att åtgärda behoven samt
- (3) bedömning av nödvändiga resurser för att fullgöra nödvändiga åtgärder.

Uppdelningen i tre stadier utgör en första principskiss. De kan preciseras i olika avseenden. Det är t ex möjligt att dela upp det tredje stadiet i olika typer av resurser; ekonomiska, materiella eller personella.

För att kunna genomföra respektive aktiviteter i de olika stadierna krävs information eller kunskap om fakta av varierande slag. Fakta rörande behovens natur, t ex om sjukdomstillstånd och dess konsekvenser för individen, är fundamentala. Det är också nödvändigt med kunskap om hur behovet på bästa sätt bör åtgärdas. Det senare inkluderar fakta rörande både medicinska, psykologiska, pedagogiska och ekonomiska faktorer. Det tredje stadiet innebär att kunskapen om nödvändiga åtgärder omsätts till kunskap om nödvändiga resurser. När väl åtgärder vidtagits finns intresse av att bedöma dess effekter i termer av tillfredsställda behov. För att kunna genomföra en sådan bedömning krävs information om fakta rörande graden av behovstillfredsställelse.

### 5.1 Begreppet vårdbehov

I litteraturen om behov eller begreppet behov framträder två traditioner. I den ena ses behov som en inre spänning eller disequilibrium hos individen. Att ha ett behov enligt denna tradition innebär att befinna sig i ett psykologiskt tillstånd. Det kan handla om individens begär eller motiv. I den andra traditionen ses behov som något instrumentellt eller målrelaterat. En beskrivande formulering på detta synsätt är "P behöver X i den utsträckning X är nödvändigt för att realisera ett visst tillstånd eller mål". Vi kommer här att begränsa analysen av begreppet "vård- och omsorgsbehov" till den målrelaterade traditionen. Men låt oss först mycket kort presentera det synsätt som framträder i den första traditionen där behov ses som en inre spänning. Termen "behov" infördes i akademisk psykologi i samband med utvecklandet av motivationsteorier.

Den kom där att beteckna ett tillstånd av disequilibrium. I "The International Encyclopedia of the Social Sciences" (1979) kan vi läsa att termen "behov" idag används av psykologer för att beteckna en internt eller externt orsakad, till hjärnan lokaliserad, tvingande kraft. Denna kraft manifesterar sig som en drift eller upplevd nödvändighet att handla. Abraham Maslow utgör med sin välkända behovstrappa en representant för denna tradition (Maslow 1970). Det är vanligt inom denna tradition att se den levande organismen som ett system i equilibrium. Detta system kan bringas i obalans genom störningar inducerade av externa eller interna stimuli. Obalansen ger upphov till spänningar. Dessa tillstånd av disequilibrium utgör då behov. Den levande organismen är motiverad att utjämna obalansen och reducera spänningen och därmed återskapa ett tillstånd av equilibrium. Denna process har mycket gemensamt med vad som brukar betecknas homeostas. Att känna sig törstig eller hungrig är exempel på tillstånd som utgör behov i denna mening. Enligt detta synsätt kan frågan om vad en person behöver avgöras enbart på empirisk väg. När människan har behov, d v s befinner sig i ett tillstånd av disequilibrium, utlöses vissa beteenden riktade mot ett visst objekt. Vi kan empiriskt studera dessa beteenden och få kännedom om objektet, d v s vad det är som personen behöver.

Det är lätt att med ett enkelt exempel visa att denna syn på begreppet behov inte är användbart vid bedömning av vård- och omsorgsbehov (vilket inte utesluter att den kan vara användbar i andra sammanhang). Låt oss för tydlighetens skull betrakta ett exempel från socialtjänsten som belyser detta. När någon vänder sig till socialtjänsten för att söka ekonomiskt bidrag har handläggaren att bedöma klientens behov av bidrag. Det handlar då inte om att hon skaffar information om klientens spänningsläge eller homeostas. Vad det handlar om är något helt annat: handläggaren inhämtar kunskap om klientens aktuella ekonomiska situation. Men denna kunskap ger dock inte automatiskt information om klientens behov. Informationen är nödvändig för att bedöma behovet av bidrag, men den är inte tillräcklig. Bidragsgivaren har också att ta hänsyn till bidragsnormen, på så sätt att hon relaterar klientens ekonomiska situation till normen. Behov av bidrag föreligger då klientens ekonomiska situation är sämre än den som normen föreskriver.

Inom vården och omsorgen förekommer tillstånd (t ex törst eller hunger) som kan betecknas som spänningsbehov. Samtliga sådana tillstånd kan dock även betecknas som målrelaterade behov – individen behöver vätska eller föda för att uppnå vätske- respektive näringsbalans. Dessutom uppstår ibland situationer där patienten inte behöver t ex föda trots hungern på grund av nödvändigheten av att tillfälligt svälta. Exemplet för oss över till den målrelaterade traditionen när det gäller synen på begreppet behov (Liss, 1993).

Exemplet indikerar att det behov vi är intresserade av till sin natur är en relation eller ett gap mellan ett aktuellt tillstånd hos individen och en norm som föreskriver något önskvärt eller ett mål. Det är gapet som utgör *själva behovet*. Att någon har ett behov betyder enligt detta synsätt att det hos individen finns ett gap. Samtliga typer av behov kan beskrivas som ett gap mellan aktuellt tillstånd och mål. Vilka aktuella tillstånd och mål det är fråga om avgörs av vilka typer av behov som är aktuella i den enskilda situationen. I exemplet med ekonomiskt bidrag rör det sig om ekonomiska tillstånd. I andra sammanhang kan andra tillstånd vara inblandade. Hos en person som t ex svälter och behöver näringstillskott råder ett gap mellan personens aktuella näringstillstånd och önskvärt näringstillstånd. Hos en annan person som t ex har ett visst utbildningsbehov råder ett gap mellan aktuell kompetens och önskvärd kompetens.

När det gäller behovet av vård kan vi tala om ett hälsogap eller ett hälsorelaterat behov (se Figur 2). Det handlar då om ett gap mellan aktuellt hälsotillstånd och önskvärt hälsotillstånd eller mål. En person som t ex behöver blodtryckssänkande medicin har ett gap mellan aktuellt blodtryck och ett önskvärt blodtryck. Inom omsorgen kan det handla om ett livskvalitetsgap – ett gap mellan aktuell livskvalitet och önskvärd livskvalitet. En population som har behov av förebyggande åtgärder kan ha ett gap mellan dess aktuella hälsotillstånd (t ex uttryckt i termer av risk för sjukdom eller skador) och önskvärt hälsotillstånd. Rent allmänt gäller att om någon eller något har ett behov finns det ett gap mellan aktuellt och önskvärt tillstånd eller mål. Både aktuellt och önskvärt tillstånd skall här förstås i en vid mening. Det handlar inte enbart om statiska tillstånd utan även förändringar eller processer. En persons aktuella tillstånd kan t ex beskrivas som att hälsotillstånd sakta försämrats, eller det önskvärda tillståndet kan beskrivas som att personens hälsa förbättras.

För att förtydliga tanken om behov som gap mellan aktuellt och önskvärt tillstånd kan vi betrakta en situation där det inte verkar finnas ett gap uttryckt i hälsotermer. En person, med ur hälsosynpunkt dåliga levnadsvanor, får rådet att han har behov av bättre kost och mer motion. Här verkar inte finnas ett gap på hälsodimensionen eftersom de negativa konsekvenserna av de dåliga levnadsvanorna ännu inte visat sig. Men när nu personen ändå bedöms ha behov av något indikerar detta att allt inte är som det ska, d v s det finns ett gap mellan hur det är och hur det borde vara. I sådana situationer är inte hälsodimensionen aktuell vid beskrivning av personens behov utan andra dimensioner är mer lämpliga. I detta fall kan gapet beskrivas längs en riskdimension. Personen löper en för stor risk för ohälsa, d v s det råder ett gap mellan aktuell risk och önskvärd risk.

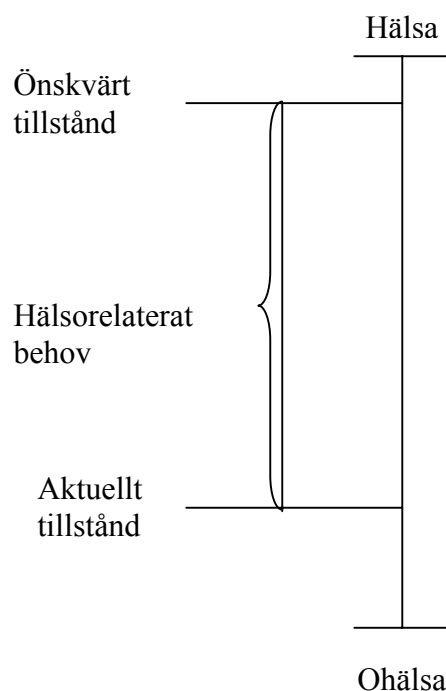
I just detta exempel var målet (det önskvärda tillståndet) en lägre risk för försämrad hälsa. Målet skulle också kunna vara att minimera försämringen. Det kanske inte är möjligt att helt hindra en försämring av hälsan hos personen. I en sådan situation blir målet att uppnå så lite försämring som möjligt. Här finns med andra ord ett gap mellan det aktuella tillståndet “stor hälsoförsämring” och det önskvärda tillståndet “liten hälsoförsämring”. Personen har då behov av någon åtgärd som leder till att försämringen blir så liten som möjligt.

För att underlätta framställningen kommer i fortsättningen resonemangen att föras i termer av vårdbehov och hälsa. Gapet mellan aktuellt och önskvärt tillstånd betraktas då längs en hälsodimension. Samma resonemang är i princip tillämpligt på andra dimensioner, t ex en livskvalitetsdimension som kan bli aktuell vid bedömning av omsorgsbehov.

*Att någon har behov av vård innebär: (a) att det råder ett gap mellan aktuellt hälsotillstånd och önskvärt hälsotillstånd, (b) att vård är nödvändig för att uppnå det önskvärda hälsotillståndet.*

Det önskvärda hälsotillståndet är en viktig komponent i behovsbegreppet. Det är det tillstånd – det mål – vi försöker realisera med att tillfredsställa behovet. Betydelsen av denna målkomponent i behovsbegreppet underskattas ofta och det är nödvändigt att vi ytterligare uppmärksammar denna komponent senare i framställningen.

Figur 2. Schematisk beskrivning av begreppet hälsorelaterat behov.



En behovsbedömning slutar i regel inte med uppfattningen att det finns ett behov, d v s ett gap mellan aktuellt och önskvärt tillstånd. Nästa steg i bedömningen rör frågan om *vad* personen eller populationen har behov *av*. Det handlar då om att bedöma vilket medel, vilken åtgärd, behandling eller insats som är nödvändig för att eliminera gapet, d v s uppnå det önskvärda tillståndet (målet). I fallet med ansökan om socialbidrag har socialsekreteraren att bedöma lämplig storlek på bidraget, efter att ha fått bekräftat att det råder ett gap mellan aktuell ekonomisk situation och vad bidragsnormen föreskriver. Läkaren måste bedöma nödvändig åtgärd för att uppnå det rätta blodtrycket. Hälsofrämjaren måste föreslå lämpliga förebyggande åtgärder för att minska sjukdoms- eller skadeförekomst i befolkningen. Resonemanget leder fram till kravet på att två villkor måste vara uppfyllda för att ett behov av vård skall föreligga:

- (1) det existerar ett gap mellan ett aktuellt hälsotillstånd och ett önskvärt tillstånd,
- (2) vård är nödvändigt för att eliminera detta gap.

## **5.2 Information för bedömning av vårdbehov på individnivå**

En bedömning av förekomsten av vårdbehov kräver svar på två fundamentala frågor:

1. Finns det ett gap mellan aktuellt hälsotillstånd och önskvärt hälsotillstånd?
2. Om ja, är vård nödvändigt för att utjämna detta gap?

För att kunna besvara dessa frågor behöver vi information om de tre grundläggande komponenterna:

- aktuellt tillstånd,
- önskvärt tillstånd,
- nödvändiga åtgärder för uppnå det önskvärda tillståndet.

Information om de två första komponenterna är nödvändig för att kunna bedöma det hälsorelaterade behovet medan information om den tredje komponenten är viktig för att kunna bedöma nödvändig åtgärd. En fullständig bedömning av vårdbehov innebär dessutom bedömning av vårdbehovets storlek. Det handlar då om att bedöma behovets angelägenhetsgrad. Sådana bedömningar blir aktuella vid resursfördelning (prioritering eller ransonering).



### 5.2.1 Det aktuella tillståndet

Den information som är nödvändig för att bedöma denna komponent i vårdbehovet berör individens aktuella hälsotillstånd. Tillståndet kan beskrivas i ett flertal dimensioner. Det kan beskrivas i en övergripande dimension, t ex i termer av hälsa eller livskvalitet. Det kan också beskrivas i mindre övergripande termer. Det kan då handla om olika aspekter på hälsa eller livskvalitet som t ex smärta eller funktionsnedsättning. Vilken dimension som kan anses vara den lämpligaste får avgöras från fall till fall. Valet av dimension kommer då att variera med t ex sjukdomsgrupper. Generellt sett bör valet av dimension påverkas av syftet med behovsbedömningen.

En avgörande faktor för val av dimension, men inte den enda, är det önskvärda tillståndet. I en situation där bedömningen berör vilken behandling individen behöver för att t ex klara eget boende? utgör "eget boende" det önskvärda tillståndet och beskrivningen av det aktuella tillståndet kan ske efter den dimension som är lämplig givet det önskvärda tillståndet. Det kan då t ex handla om att fastställa individens aktuella tillstånd avseende fysisk, psykisk och social funktionsförmåga. I en del situationer blir det aktuella tillståndet avgörande för valet av mål. Inom t ex akutsjukvården blir överlevnad det första målet när patientens liv står på spel.

Bedömningen av det aktuella tillståndet handlar om att bedöma individens tillstånd på den aktuella dimensionen. Detta kan ske genom att bedöma t ex sjukdomstillstånd, funktionsförmågor eller risk för försämring. Kunskapen som ligger till grund för bedömningen kan inhämtas genom användning av gängse metoder. Resultatet av bedömningen kan presenteras på olika sätt t ex i form av diagnos. Bedömningen av det aktuella tillståndet skall ligga till grund för bedömning av nödvändig åtgärd. Beskrivningen av det aktuella tillståndet måste därför vara tillräckligt preciserad. I en situation där det aktuella tillståndet beskrivs i termer av funktionsförmåga kan detta betyda att beskrivningen inte endast berör graden av aktuell funktionsförmåga, utan även t ex risk för försämring samt vad som orsakar eller bidrar till den aktuella funktionsförmågan.

Syftet med behovsbedömningen har betydelse för exakt vilken information om vårdbehovet som är intressant. Detta gäller även informationen om det aktuella tillståndet.. För att kunna prioritera i enlighet med behovs- solidaritetsprincipen krävs en uppfattning om vårdbehovens storlek eller angelägenhetsgrad. Enligt Prioriteringsutredningen skall behovets storlek bedömas efter sjukdomens eller skadans svårighetsgrad (SOU 1995:5).

Svårighetsgraden av sjukdom eller skada bedöms i sin tur efter fyra kriterier – upplevt lidande, funktionsnedsättning, medicinsk prognos och existentiell nöd. Prioriteringsutredningen ger dock inga anvisningar om hur dessa kriterier skall balanseras. I de fall information om individens vårdbehov skall ligga till grund för prioriteringar bör det aktuella tillståndet beskrivas även i dessa fyra dimensioner. Information om det aktuella tillståndet bör med andra ord vara tillräcklig specifik och omfattande för att göra det möjligt att bedöma nödvändig åtgärd. Exakt vilken information som är viktig kommer att avgöras av syftet med behovsbedömningen, det önskvärda tillståndet samt ohälsa- eller sjukdomsspecifika faktorer.

### **5.2.2 Det önskvärda tillståndet**

Det önskvärda tillståndet är en viktig men ofta underskattad komponent i behovsbegreppet. Det är det tillstånd vi avser att uppnå med att tillfredsställa behovet. Det kan därför lämpligen betraktas som ett mål. Målet kan vara avgörande för vilken dimension som blir lämplig för beskrivning av det aktuella tillståndet. Ifall målet är frihet från smärta kan det vara lämpligt att beskriva det aktuella tillståndet i grader av smärta. Berör målet rörelseförmåga kan en lämplig beskrivning av det aktuella tillståndet ske i termer av funktionsnedsättning.

För det andra är målet avgörande för bedömning av nödvändig åtgärd. Målet att individen skall klara vardagssysslor i hemmet kan kräva helt andra åtgärder än målet att slippa t ex smärta. Målet att minska äldreolycksfall med 20 procent inom tio år kan kräva betydligt kraftfullare insatser än målet att minska äldreolycksfall med 10 procent inom samma tidsrymd, för att nämna ett par exempel. Valet av mål påverkar gapets karaktär vilket i sin tur påverkar omfattning och inriktning på den åtgärd som är nödvändig för att uppnå målet.

### **5.2.3 Att bedöma nödvändig åtgärd**

Bedömning av nödvändig åtgärd berör den insats, behandling eller åtgärd som är nödvändig för att realisera målet (det önskvärda tillståndet) givet det aktuella tillståndet. Bedömningen kan ske i flera steg. Ett första steg kan innebära en bedömning av vilka hälsorelaterade behov som *inte* skall åtgärdas med hälso- och sjukvård. Det kan vara behov som enbart kräver insatser från aktörer utanför hälso- och sjukvården, t ex från socialtjänsten.

Ett andra steg innebär bedömning av karaktären och omfattningen på de hälso- och sjukvårdsåtgärder som är nödvändiga för att åtgärda de behov som skall åtgärdas inom hälso- och sjukvårdens ram. Det handlar om att bedöma vilken typ av åtgärder eller insatser som krävs för att uppnå målet givet det aktuella hälsotillståndet. Bedömningen kräver därför preciserad information om både det aktuella tillståndet och det operationella målet.

Det är dessutom nödvändigt med information om egenskaper hos den nödvändiga åtgärden. Att åtgärden är nödvändig innebär att den måste vara verksam. Det kan därför inte finnas behov av en åtgärd som på intet sätt är verksam. I vissa situationer finns det endast en typ av åtgärd som är verksam. I andra situationer kan det finnas flera verksamma typer av åtgärder. I sådana situationer får ett lämplighetskriterium användas vid val mellan dem. Patientens önskningar, kostnadseffektivitet, hänsyn till multi-tillfredsställelse (åtgärden tillfredsställer flera behov) är exempel på vad som skulle kunna utgöra lämplighetskriterium. Skall behovsbedömningen ligga till grund för prioriteringar bör kostnadseffektiviteten spela en avgörande roll enligt hälso- och sjukvårdslagen.

### 5.3 Vem skall bedöma behovet?

Detta är en svår fråga att besvara generellt. Den kräver för att vi ska kunna ge den ett rimligt svar att vi beaktar ett flertal aspekter av olika slag t ex politiska och organisatoriska. Vi kan därför här endast kommentera frågan om vilken kompetens som krävs för att utföra de olika momenten i modellen.

Bedömningen av **det aktuella hälsotillståndet** berör i huvudsak rena faktafrågor. Här krävs därför professionell kompetens av olika slag.

Bedömningen av en populations hälsotillstånd kan t ex kräva epidemiologisk kompetens för att fastställa incidens eller prevalens av sjukdom eller ohälsa.

Bedömningen av det individuella hälsotillståndet kan innebära en medicinsk diagnos och därmed kräva den kompetens som är relevant för denna. I bägge fallen kan självuppskattad hälsa vara ett viktigt inslag. Vid bedömning på individnivå utgör patientens berättelse ett viktigt underlag.

När vi skall fastställa **det önskvärda hälsotillståndet eller målet** kommer värderingar till uttryck i stor utsträckning. Det handlar i grunden om vilket hälsotillstånd vi anser vara önskvärt eller acceptabelt i populationen eller hos individen. Detta är ingen vetenskaplig fråga som vi kan besvara med hjälp av enbart en empirisk undersökning. Det önskvärda tillståndet är ingenting vi upptäcker utan något vi väljer och valet är baserat på värderingar. I detta sammanhang hör värderingsfrågorna till det politiska planet. Det politiska inslaget bör därför vara avgörande vid bedömning på populationsnivå.

Medicinsk, psykologisk, pedagogisk eller annan professionell kompetens kan dock bli nödvändig för att t ex avgöra vad som är realistiska mål eller vad som är lämpliga mål. Ett exempel på det senare är valet av lämpligt blodtryck för att undvika följsjukdomar. *Vid bedömning på individnivå bör individens egna värderingar ges stor tyngd.* Inom t ex rehabiliteringen kan vårdpersonal och klient i samråd fastställa målet. Klienten har dock ingen rätt att kräva att visst mål blir realiserat.

Det operationella målet är ett resultat av beslut om prioritering eller ransonering med hänsyn till både medicinska och ekonomiska möjligheter. Det operationella målet bör därför slutligen fastställas av den bland politiker eller profession som är ansvarig för sådana beslut.

Bedömningen av vad som är nödvändigt för att realisera det önskvärda tillståndet eller målet kräver professionell kompetens av olika slag. Värderingar kan dock ha betydelse även i detta moment. I vissa fall finns möjligheten att göra ett val mellan olika åtgärder som skall tillfredsställa behovet. En del värderingar är ganska okontroversiella. Det tycks råda enighet om att vi t ex bör välja den mest kostnadseffektiva åtgärden i de fall det finns mer än en åtgärd som kan täcka behovet. Det kan här vara lämpligt att påminna om att det handlar om åtgärder som är *nödvändiga* för att uppnå målet (det önskvärda hälsotillståndet). Åtgärder som inte är effektiva eller verksamma kan inte vara nödvändiga. Det kan därför inte finnas ett behov av sådana åtgärder.

#### **5.4 Information för bedömning av vårdbehov på populationsnivå – ideal modell**

Den ideala modellen för bedömning av vårdbehov på populationsnivå innehåller de tre grundläggande komponenterna

- aktuellt tillstånd
- önskvärt tillstånd
- nödvändig åtgärd.

Även en bedömning av vårdbehov på denna nivå kräver information om de tre grundläggande komponenterna i begreppet vårdbehov. Kraven på informationen är därför i grunden densamma som vid bedömning på individnivå.

##### **5.4.1 Det aktuella tillståndet**

Informationen här berör en populations aktuella hälsotillstånd. Det aktuella hälsotillståndet kan beskrivas utefter olika dimensioner. Det kan beskrivas i termer av hälsa eller livskvalitet. Det kan handla om en professionell bedömning av det aktuella hälsotillståndet men det kan även handla om självuppskattad hälsa eller livskvalitet. Populationens aktuella hälsotillstånd kan även beskrivas i termer av t ex sjukdomsförekomst, rörelseförmåga eller social funktionsförmåga. Valet av dimension bör påverkas av syftet med behovsbedömningen. Kravet på denna information är densamma som vid bedömning av individens aktuella tillstånd.

Information om det aktuella tillståndet bör vara tillräcklig specifik och omfattande för att göra det möjligt att bedöma dels förekomsten av vårdbehov i populationen samt nödvändig åtgärd. Exakt vilken information som är viktig kommer att avgöras av syftet med behovsbedömningen, önskvärt hälsotillstånd samt ohälsa- eller sjukdomsspecifika faktorer.

#### **5.4.2 Det önskvärda tillståndet**

Vilket önskvärd tillstånd eller mål som skall ligga till grund för behovsbedömning får avgöras med hänsyn till syftet med behovsbedömningen. Målet bör dock alltid beskrivas i de tre dimensionerna. Den kvalitativa dimensionen berör vad som utgör målet. Enligt HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Målen för bedömning av populationens behov av vård bör därför beskrivas i termer av hälsa. Det är även möjligt att beskriva målet i andra hälsorelaterade dimensioner som t ex arbetsförmåga, social aktivitet, rörelseförmåga eller förmåga att klara eget boende. Den kvantitativa dimensionen berör hur mycket hälsa som skall utgöra målet. Mängden hälsa kan beskrivas i termer av grader av hälsa, arbetsförmåga, social aktivitet, etc. Den temporala dimensionen berör inom vilken tid som målet skall uppnås. Målet kan i denna dimension beskrivas i termer av månader eller år.

Information rörande målet bör motsvara följande krav:

- den bör omfatta alla tre dimensionerna (kvalitativa, kvantitativa och temporala);
- den bör vara tillräckligt preciserad för att underlätta bedömning av nödvändig åtgärd.

De krav vi bör ställa på målet är desamma som vid den individuella bedömningen:

- resursanpassat (i första hand det operationella målet),
- beskrivet i tre dimensioner,
- mätbart – direkt eller indirekt,
- tillräckligt preciserat för att underlätta bedömning av nödvändig åtgärd.

Följaktligen bör information om målet svara mot ovanstående krav:

- den bör omfatta alla tre dimensionerna,
- den bör underlätta möjligheten att mäta måluppfyllelse
- den bör vara tillräckligt preciserad för att underlätta bedömning av nödvändig åtgärd.

### 5.4.3 Att bedöma nödvändig åtgärd

Bedömningen av nödvändig åtgärd kan ske i flera steg. Ett första steg innebär en bedömning av vilka gap eller hälsorelaterade behov som skall åtgärdas med hälso- och sjukvård. Existensen av hälsorelaterade behov som inte skall åtgärdas med hälso- och sjukvård kommer att variera med valet av hälsobegrepp. Det handlar då om behov som det är lämpligt att åtgärda med insatser från aktörer utanför hälso- och sjukvården inklusive egenvård. Ett andra steg innebär bedömning av karaktären och omfattningen på de hälso- och sjukvårdsåtgärder som är nödvändiga för att åtgärda de behov som skall åtgärdas inom hälso- och sjukvårdens ram. Det handlar om att bedöma vilken typ av åtgärder eller insatser som krävs för att uppnå målet givet det aktuella hälsotillståndet. Bedömningen kräver därför preciserad information om både det aktuella tillståndet och det operationella målet.

Det är dessutom nödvändigt med information om egenskaper hos den tänkta åtgärden. Att åtgärden är nödvändig innebär att den måste vara verksam. (upprepping). I vissa situationer finns det endast en typ av åtgärd som är verksam. I andra situationer kan det finnas flera verksamma typer av åtgärder. I sådana situationer får ett lämplighetskriterium användas vid val mellan dem. Patientens önsknings, kostnadseffektivitet, hänsyn till multi-tillfredsställelse (åtgärden tillfredsställer flera behov) är exempel på vad som skulle kunna utgöra lämplighetskriterium. Skall behovsbedömningen ligga till grund för prioriteringar bör kostnadseffektiviteten spela en avgörande roll enligt hälso- och sjukvårdslagen.

### 5.5 Gradering och rangordning av vårdbehov

Att *rangordna* behov innebär att vi placerar en given mängd behov i en viss ordning. För att kunna göra detta på ett rationellt sätt krävs det att vi jämför de olika behoven i något avseende. Olika behov kommer då att erhålla olika värden i detta avseende. Att *gradera* behov innebär att tillskriva ett behov ett mått eller värde. En viss gradering av behov medför dock inte med nödvändighet en bestämd rangordning och en viss rangordning medför inte nödvändigtvis en bestämd prioritering. Ett behov kan graderas på flera sätt, och vi har inte genom valet av gradering också beslutat om vilken rangordning som skall användas. Däremot har vi beslutat om vad denna rangordning skall utgå ifrån. Antag att vi beslutar oss för att använda lidande som graderingsdimension. Detta beslut innebär dock inte att vi också har beslutat om huruvida behovet som innebär störst lidande skall ges en högre rangordning än behovet som innebär lägre lidande. Det är naturligt att tänka sig att det största lidandet rangordnas före det lägre lidandet.

Men det kan också finnas situationer där det omvända är rimligt, t ex då det inte finns möjlighet att åtgärda det behov som innebär en högre grad av lidande.

Ett beslut angående rangordning av behov innebär inte i sin tur ett beslut angående prioritering av behov. Prioritering av behov kan göras på olika sätt, och vilket sätt vi vill använda avgörs genom ett särskilt beslut.

Ett hälsorelaterat behov är som vi tidigare nämnt ett gap mellan ett aktuellt hälsotillstånd och ett önskvärt hälsotillstånd och det är detta gap som skall graderas som underlag för rangordning och prioritering. Det är möjligt att gradera hälsorelaterade behov på åtminstone sju olika sätt: *storleken* hos gapet kan graderas genom att endera mäta avståndet i hälsograder mellan det aktuella tillståndet och det önskvärda tillståndet eller att mäta *kostnaden* för att eliminera gapet (tillfredsställa behovet). *Möjligheten att eliminera* gapet kan bedömas genom att endera bedöma graden av eliminering, eller genom att bedöma ersättheten hos åtgärdsbehovet. Vidare kan gapet graderas genom att endera gradera *behovsmålet*, gradera *det aktuella tillståndet*, eller gradera *konsekvenserna* av att inte åtgärda gapet (Liss, 2003). Det är inte nödvändigt att här presentera alla sju sätten att gradera vårdbehov. Det är tillräckligt med de tre vanligaste behovets (gapets) storlek, det aktuella tillståndet samt konsekvenser av att inte åtgärda gapet.

### 5.5.1 Gradering av gapets storlek

Det gap det är fråga om här är gapet mellan aktuellt hälsotillstånd och önskvärt hälsotillstånd. Storleken på detta gap kommer att variera med situationen beroende på variationer både i aktuellt och önskvärt hälsotillstånd. Vid en svår sjukdom som innebär en hög grad av ohälsa är gapet större än vid en lätt sjukdom som innebär en låg grad av ohälsa, givet att det önskvärda tillståndet (målet) är detsamma.

Låt oss jämföra två personer P och Q med skilda vårdbehov. P har en hög grad av ohälsa orsakad av en malign sjukdom. Q däremot har en låg grad av ohälsa beroende på en mindre svårartad sjukdom. Detta innebär att det aktuella tillståndet hos de bägge patienterna skiljer sig åt. Låt oss anta att målet (det önskvärda tillståndet) är detsamma uttryckt i hälsograder i de bägge fallen. Det skulle då innebära att storleken på gapen ser olika ut. Avståndet mellan aktuellt tillstånd och mål är större i P:s situation jämfört med Q:s situation. Gapet mellan det aktuella hälsotillståndet och målet varierar vanligtvis på grund av variationer i hälsotillstånd. Men det kan också variera på grund av att målet är olika i olika situationer. Det mål vi här talar om är det optimala målet, dvs det mål vi bedömer att vi kan uppnå givet kunskapsläget. Det är inte fråga om ideala behov där målet är ekvivalent med t ex full hälsa.

### 5.5.2 Gradering av det aktuella tillståndet

Det aktuella tillståndet är den andra komponenten i det gap som konstituerar behovet. "Det aktuella tillståndet" är en teknisk term som betecknar den behövande individens (o)hälsotillstånd när det handlar om vårdbehov. Individer i behov av vård är sjuka till olika grad vilket vanligtvis innebär att graden av ohälsa varierar. Det är därför möjligt att gradera gapet eller vårdbehovet i enlighet med den grad av ohälsa som utgör det aktuella tillståndet. Vårdbehov A kan t ex ges en högre gradering än vårdbehov B, i det fall att det aktuella tillståndet hos A innebär en högre grad av ohälsa än det aktuella tillståndet hos B. Uttryckt i vardagliga termer kan vi säga att vårdbehovet hos en mycket sjuk person ges en högre gradering än hos en mindre sjuk person.

### 5.5.3 Gradering av konsekvenserna av att inte åtgärda gapet

De flesta människor kanske betraktar behovet av en rullstol som viktigare än behovet av en cykel, eller behovet av dialys som viktigare än behovet av kosmetisk kirurgi. Anledningen är troligen att de anser det vara allvarligare att ha ett icke åtgärdat behov av det förra än att ha ett icke åtgärdat behov av det senare. Exemplet illustrerar att det är rimligt att gradera vårdbehov i enlighet med konsekvenserna av att inte åtgärda behovet – t ex att vårdbehov där utebliven åtgärd leder till svåra konsekvenser ges en högre gradering än ett vårdbehov där utebliven åtgärd leder till mindre svåra konsekvenser.

Konsekvenserna av att inte åtgärda gapet rör ett potentiellt gap. En gradering av dessa konsekvenser innebär en gradering av ett sannolikt gap. Ohälsa innebär ofta en process. En sjuk persons hälsotillstånd kan endera förbättras spontant, förbli i samma läge eller försämrans. Att inte åtgärda ett vårdbehov kan leda till en ny situation med ett annorlunda vårdbehov eller gap. Detta ger oss möjlighet att gradera ett existerande gap genom att gradera ett potentiellt gap.

Uppträdandet av det potentiella gapet är en konsekvens av att inte det ursprungliga gapet har åtgärdats. Det potentiella gapet kan i sin tur graderas genom de tidigare presenterade dimensionerna.

Kanske det potentiella gapet kommer att graderas genom en gradering av det potentiella aktuella tillståndet. Antag att P lider av en sjukdom som innebär att hälsotillståndet kontinuerligt försämrans. Att inte åtgärda P:s vårdbehov leder till svåra konsekvenser för P:s framtida hälsa. P:s vårdbehov kan därför ges en hög gradering. I praktiken torde detta vara den vanligaste dimensionen för rangordning av vårdbehov i sjukvården – t ex inom akutsjukvård.

Det finns dock ytterligare en aspekt att ta hänsyn till vid gradering av potentiella gap. Antag en situation där vi har att välja mellan att åtgärda ett behov av dialys eller ett behov av hjärtkirurgi. Vilket vårdbehov är då mest angeläget när i bägge fallen den yttersta konsekvensen av att inte åtgärda vårdbehoven är död?



Vårdbehoven är lika allvarliga eftersom den yttersta konsekvensen är densamma. Men det kan dock finnas en viktig skillnad – tidsaspekten. Betrakta en situation där utebliven hjärtkirurgi leder till död inom en timme medan utebliven dialys leder till död inom en eller två dagar (vi bortser här från grad av lidande). Exemplet visar att det är viktigt att även ta hänsyn till tillgänglig tid vid gradering av vårdbehov i enlighet med konsekvenser av att inte åtgärda vårdbehovet. P:s vårdbehov är viktigare än Q:s vårdbehov om den tillgängliga tiden för åtgärdande av P:s vårdbehov är mindre än för åtgärdande av Q:s vårdbehov. "Tillgänglig tid" syftar på den period inom vilken det finns möjlighet att åtgärda vårdbehovet. Resonemanget visar att två aspekter är viktiga vid gradering av vårdbehov i enlighet med konsekvenser av utebliven åtgärd eller insats – konsekvenser för personens framtida hälsa (eller livskvalitet) samt tillgänglig tid.

### **5.6 Relationen vårdbehov – efterfrågan av vård**

En efterfrågan kan karakteriseras som en uttryckt önskan. Att efterfråga vård är då detsamma som att uttrycka en önskan om vård. Efterfrågan är med andra ord en handling. En sådan handling kan utföras av flera inblandade i en vårdsituation. Den kan naturligtvis utföras av patienten själv som när han eller hon vänder sig till vårdcentralen för att få sitt onda knä undersökt. Men den kan också utföras av anhöriga som när föräldern söker vård för sitt barn, eller av distriktsläkaren som skriver en remiss till en specialist.

Förutom att behov är en relation (ett gap) mellan aktuellt och önskvärt hälsotillstånd och efterfrågan är en handling hänför sig skillnaden mellan behov och efterfrågan till skillnaden mellan behov och önskan. Den grundläggande skillnaden mellan behov och önskan berör sakernas natur. Ett behov är till sin natur en relation mellan individens aktuella tillstånd och ett mål. En önskan däremot är till sin natur ett psykologiskt tillstånd, t ex en disposition. När vi säger att en person önskar något gör vi en beskrivning av personens mentala tillstånd medan då vi säger att en person behöver något gör vi en beskrivning av en relation mellan aktuellt och önskvärt tillstånd hos individen. Denna skillnad är grundläggande i den meningen att andra skillnader härstammar härifrån. Även om behov och önskan är skilda till sin natur kan de i vissa avseenden råka sammanfalla (med avseende på objektet för önskan och nödvändig åtgärd). Vi kan i vissa situationer efterfråga samma sak som vi också har behov av. En person kan efterfråga en viss behandling hos distriktsläkaren samtidigt som hon kan ha behov av denna behandling för att bli frisk. Men det är också fullt möjligt att någon önskar en typ av undersökning eller behandling som han eller hon inte behöver. Personens önskan kan t ex baseras på en felaktig bedömning av sitt hälsotillstånd eller den önskade behandlingens effekter.

## **5.7 Efterfrågan av vård som indikator på vårdbehov**

Det är också vanligt förekommande att ett behov kommer till uttryck i en efterfrågan, t ex då en person vänder sig till vårdcentralen för att få sin skada omsedd. Hur väl efterfrågan av vård kan fungera som indikator på vårdbehov beror på i vilken grad som vårdbehov kommer till uttryck i en efterfrågan och i vilken grad som efterfrågan ger uttryck för ett vårdbehov. Det finns goda skäl att tro att inte alla vårdbehov kommer till uttryck i efterfrågan av vård. Efterfrågeprocessen kan sägas innehålla två steg. Det första steget innebär att någon upptäcker ett behov eller gör bedömningen att något inte är som det borde vara när det gäller hälsan. Det andra steget innebär beslutet och handlingen att söka vård för problemet. Bägge dessa steg kan innehålla anledningar till att ett behov inte leder till efterfrågan. Det är fullt möjligt att ett behov av vård inte ger sig tillkänna eller inte uppfattas av den berörda. Sjukdomen kan t ex befinna sig i början av förloppet utan symptom. Dessutom kan i vissa fall sjukdomsinsikten vara reducerad som t ex vid psykisk sjukdom. Även det andra steget kan innehålla vissa hinder. En del personer som har blivit medvetna om sitt behov kan ändå avstå ifrån att söka vård. Det är i detta sammanhang vanligt att nämna orsaker som rädsla, kostnader, avstånd, tro på spontan läkning, egenvård samt förväntningar på vården.

I vilken grad som efterfrågan också är uttryck för behov kan vara svårt att analysera. En person som söker vård på grund av oro för sjukdom kan sägas ha ett behov av att bli undersökt även om det visar sig att någon ytterligare åtgärd inte behövs. Men hur skall vi betrakta fall där personen söker sig till vården på grund av ensamhet (vilket t ex tycks förekomma i samband med bland annat stora helger)? Det kan här finnas behov, men är detta i så fall behov av vård? Vi kan sammanfattningsvis konstatera att efterfrågan av vård har svagheter som indikator på vårdbehov.

## **5.8 Sammanfattning**

En behovsbaserad planering innebär att både dimensioneringen av sektorn och fördelningen av resurser inom sektorn baseras på en bedömning av behov. Detta kräver information om fakta rörande behov. Vilka fakta som då blir intressanta beror på hur begreppet behov analyseras. I denna rapport har begreppet behov definierats som ett gap mellan ett aktuellt tillstånd och ett önskvärt tillstånd. Behov av vård föreligger då vård är nödvändig för att realisera det önskvärda tillståndet. Bedömning av behov kräver information om fakta rörande samtliga tre komponenter – aktuellt tillstånd, mål och nödvändig åtgärd.

Bedömningen av det aktuella tillståndet kan ske genom att bedöma t ex sjukdomstillstånd, funktionsförmågor eller risk för försämring.

Kunskapen som ligger till grund för bedömningen kan inhämtas genom användning av gängse metoder. Resultatet av bedömningen kan presenteras på olika sätt t ex i form av en diagnos. Bedömningen av det aktuella tillståndet ska ligga till grund för bedömning av nödvändig åtgärd. Beskrivningen av det aktuella tillståndet måste därför vara tillräckligt preciserad. För att kunna prioritera i enlighet med behov krävs en uppfattning om behovens storlek eller angelägenhetsgrad. Behovets storlek skall bedömas efter fyra kriterier – upplevt lidande, funktionsnedsättning, medicinsk prognos och existentiell nöd.

Bedömningen av det aktuella hälsotillståndet berör i huvudsak rena faktafrågor. Här krävs därför professionell kompetens av olika slag. Självuppskattad hälsa och patientens berättelse kan utgöra viktigt underlag. Det önskvärda hälsotillståndet eller målet kan beskrivas i tre dimensioner – kvalitativt, kvantitativt och temporalt (utvecklas i nästa avsnitt). Informationen om målet bör underlätta möjligheten att mäta måluppfyllelse. Den bör dessutom vara tillräckligt preciserad för att underlätta bedömning av nödvändig åtgärd. Bedömningen av nödvändig åtgärd kräver preciserad information om aktuellt hälsotillstånd, mål samt egenskaper hos de insatser, behandlingar eller åtgärder som är relevanta. Bedömningen kräver professionell kompetens av olika slag. Värderingar kan dock ha betydelse även i detta moment. Det kan inte finnas behov av åtgärder som inte är effektiva eller verksamma.

Prioritering med avseende på vårdbehov förutsätter rangordning vilket i sin tur förutsätter gradering av vårdbehov. Gradering av vårdbehov som gap kan ske på flera sätt. I denna skrift har tre sätt presenterats – efter gapets storlek, det aktuella tillståndet samt konsekvenser av att inte åtgärda gapet. Efterfrågan av vård är begreppsligt skilt från behov av vård men efterfrågan av vård kan utgöra en indikator på behov av vård. En viss försiktighet krävs dock med användningen av en sådan indikator. Alla behov kommer t ex inte till uttryck i en efterfrågan.

## 6. BEDÖMNING AV KOSTNADSEFFEKTIVITET

Bedömning av kostnadseffektiviteten hos en åtgärd eller insats innebär att kostnaden ställs i relation till effekten hos åtgärden. Hänsyn till kostnadseffektiviteten anses viktig i en situation med knappa resurser. Att välja den mest kostnadseffektiva åtgärden eller insatsen innebär att resurserna utnyttjas på ett sätt som ger mest utbyte. Tanken bakom resonemanget i detta avsnitt är att fakta rörande mätning av effekten hos en åtgärd eller insats bör ske i relation till verksamhetens mål.

I den del av ekonomin som betecknas "välfärdsekonomi" definieras effektivitet i termer av preferenser eller nytta (välbefinnande). I vilken grad som en viss fördelning av något, t ex vård och omsorg, är mer effektiv än någon annan fördelning beror på i vilken grad som den skapar mer nytta än alternativet. Bedömningen sker utifrån vad som betecknas "cost-benefit analysis". När välfärdsteorin tillämpades på problemet med att fördela resurser inom vård och omsorg skedde en övergång från "cost-benefit analysis" till kostnadseffekt analys (Luce och Elixhauser, 1990). I en sådan analys uttrycks kostnaderna i monetära termer och utfallet (effekten) i termer av hälsa. Hälsa ses då som instrumentellt för möjligheten att leva ett gott liv eller för att uppnå hög grad av nytta (Culyer 1989). När detta effektivitetsbegrepp kommer till användning rörande val av fakta till grund för fördelningsbeslut blir fakta om hälsa, eller hälsorelaterad livskvalitet, intressanta. Ett allt vanligare använt mått för att beskriva den samlade hälsovinsten eller patientnyttan är kvalitetsjusterade levnadsår (Quality Adjusted Life Years; QALYS:s). Välfärdsteorin, beskriven på detta sätt, anger således nytta (välbefinnande) som ett finalt mål för vård och omsorg. Hälsa betraktas då som instrumentellt för nytta och får rollen av ett operationellt mål (vi kommer senare att presentera betydelsen av begreppen "finalt" och "operationellt mål"). Vi ser här ett exempel på en teori som pekar mot ett mål för vård och omsorg och som har sin moraliska bas i en moralfilosofisk teoribildning som kallas utilitarism.

Det finns dock skäl att vara observant med användning av denna teori vid val av grundläggande fakta för fördelningsbeslut. Vi vet inte vilka fakta det exakt handlar om innan begreppet hälsa är analyserat och klart definierat. I den teoretiska hälsolitteraturen kan vi finna flera olika förslag till definitioner (Nordenfelt, 2001). För att göra välfärdsteorin konsistent och underlätta en rationell användning av den måste ett val göras mellan dessa förslag till definitioner av begreppet hälsa. Ett val som bör vara baserat på själva teorin eller dess moraliska bas. Det går dock inte att finna en analys av hälsobegreppet som utgår från ekonomisk teori eller dess moraliska bas. De parametrar som används vid utvärdering av åtgärder eller insatser genom mätning av t ex livskvalitet framstår dock inte som intuitivt orimliga.

Valet av dessa parametrar är dock inte baserat på en teoretisk grund. Det finns därför inte tillräckligt med evidens som indikerar att de fakta dessa parametrar innehåller är rätt fakta.

Dessutom är det mål som anges av den ekonomiska välfärdsteorin baserat på en viss moralisk teori – utilitarism. Huruvida detta mål bör vägleda valet av fakta beror på om utilitarism ingår i den etiska grunden eller om denna grund innehåller någon annan princip som anger detta mål. Det är oklart i vilken grad som den etiska plattform som nu är inskriven i hälso- och sjukvårdslagen inkluderar utilitarism. Hänsyn till kostnadseffektivitet kan betraktas som baserat på utilitarism. Något förvirrande tar Prioriteringsutredningen explicit avstånd från en nyttoprincip (maximering av samhällsnyttan) men förordar kostnadseffektivitet som en prioriteringsprincip.

Oavsett vilket mål som den ekonomiska välfärdsteorin anger är hälsa som ett mål för vård och omsorg fullt möjligt. Men vilket hälsobegrepp som då bör ligga till grund för valet av fakta vid bedömning av åtgärders eller insatsers effektivitet måste avgöras utifrån någon form av teori. Den tanke som ligger bakom ovanstående resonemang innebär att en uppfattning om verksamhetens mål är nödvändigt för ett rationellt val av de fakta som skall ligga till grund för beslut om resursfördelning. Dessutom innebär mätning av effektivitet, genom t ex olika livskvalitetsinstrument, att ett visst mål pekats ut. Huruvida detta mål är det rätta är oklart.

## 7. MÅLBEGREPPET

Termen mål används ofta för att beteckna ett tillstånd vilket utgör slutet på en sekvens av händelser. Händelserna kan ha orsakats av handlingar eller naturliga processer. För att ett tillstånd skall räknas som mål måste det på något sätt vara relaterat till ett uppnående. Det måste dessutom i någon mening existera innan det uppnås. Det måste finnas som en föreställning, eller det måste vara bestämt eller fastlagt i förväg. Begreppet mål kan definieras på följande sätt:

X är ett mål om, och endast om, X är ett tillstånd som  $P \rightarrow$  uppnå, och det är rimligt att tro att X kan uppnås.

Det är nödvändigt att kommentera denna definition på ett par punkter. Begreppet tillstånd används här i en vid mening inkluderande även händelser och processer. Ett mål behöver inte enbart beteckna ett statiskt tillstånd även om detta är vanligt. "Att växa" kan utgöra ett mål och ibland talar vi om att själva resan är målet. P kan beteckna alla de typer av entiteter eller agenter som kan förbindas med termen "uppnå". Individer, professioner och organisationer utgör exempel på vanliga typer av agenter.

Det mest intressanta i formeln är dock tomrummet. Vad kan detta tomrum lämpligen fyllas med? Det handlar här om en relation mellan P och verbet uppnå. Flera olika typer av relationer är tänkbara. Det är dock inte nödvändigt att här diskutera alla dessa typer av relationer. Det är tillräckligt med några av de mest centrala typerna av mål.

### 7.1 Typer av mål

I den första relationen i ovanstående formel ingår termen "önskar". Formeln innehåller i detta fall ett mål som någon önskar uppnå. Vi kan kalla detta för ett *önskat mål*. I den andra relationen ingår termen "bör". Formeln innehåller då ett mål som någon individ eller entitet bör uppnå. Termen "bör" kan användas i olika innebörder. Den kan t ex ges en etisk, juridisk, rationell eller sociologisk innebörd. I detta sammanhang är dock endast den etiska innebörden intressant. Vi kan kalla detta mål för ett *normativt mål*. I den tredje relationen ingår uttrycket "kommer att". I detta fall är det fråga om ett mål som någon individ eller entitet faktiskt eller med stor sannolikhet kommer att uppnå. Vi kan kalla detta mål för ett *faktiskt mål*. Ekollonets utveckling till en ek kan utgöra ett exempel på en process som innehåller ett faktiskt mål.

Rimlighetsvillkoret i formeln fyller en viktig funktion. Det avgränsar mål från ideal.

I de fall där sannolikheten för att uppnå ett tillstånd är låg kan vi tala om tillståndet som ett ideal. Då sannolikheten är mycket låg eller obefintlig kan vi tala om tillståndet som ett utopiskt ideal. WHO:s ofta citerade definition av begreppet hälsa är ett tydligt exempel på ett ideal, kanske till och med på ett utopiskt ideal. Rimlighetsvillkoret fyller dock ingen funktion i de fall målet är ett faktiskt mål. Det utgår därför ur formeln i de fall tomrummet fylls med “kommer att”.

## 7.2 Ett måls funktioner

Ett mål kan ha flera funktioner (Liss, 1996). Den mest frekventa torde vara den *handlingsdirigerande* funktionen. Enligt en vanlig uppfattning av rationalitet är mål en viktig komponent i rationella överväganden. Ett rationellt val innebär t ex att vi väljer det bästa medlet för att nå ett givet mål. Det senare fungerar som en sorts guide. Det ger riktning och begränsning för beslutsfattande och handling. Det tillhandahåller kriterier för generering av olika handlingsalternativ och för val mellan dessa.

Ett mål kan, förutom att ange riktning, även motivera till handling. Det kan ha en *motiverande* funktion. Målet kan ha vissa egenskaper som fungerar som en grund för lojalitet eller tillgivenhet hos deltagarna i organisationen. Det kan tjänstgöra som källa för identifikation och motivation för olika kategorier av personal. En tredje funktion hos målet berör det symboliska värdet. Målet kan ha betydelse för möjligheten att erhålla externt stöd från allmänheten eller skattebetalarna. En organisations mål kan starkt påverka möjligheterna att erhålla legitimitet, bundsförvanter, resurser eller personal. Målet kan sägas ha en *symbolisk* funktion.

Det är möjligt att ett mål även kan ha andra funktioner men de ovan nämnda är de vanligaste. De här funktionerna är alla formella. De är inte nödvändigtvis förbundna med ett visst innehåll hos målet. Däremot kan ett visst innehåll vara mer eller mindre lämpligt för en viss funktion. Det är möjligt att ett tillstånd som är utmärkt som mål i den handlingsdirigerande funktionen är mindre lämpligt som mål i t ex den symboliska funktionen, eller tvärtom. Denna form av relativism utmärker även själva *formuleringen* av målet. Normalt är det t ex lättare att uppnå konsensus om ett mål som är formulerat i vaga termer. Ett vagt formulerat mål kan därför vara lämpligt i den motiverande funktionen men mindre lämpligt i den handlingsdirigerande funktionen.

Den välkända WHO-definitionen av hälsa kritiseras ofta för att vara alltför orealistisk.

Kritiken är rättvis om detta hälsobegrepp skall fungera som handlingsdirigerande mål därför att det ger allt för lite vägledning även om det anger en viss riktning för hälso- och sjukvården. Kritiken är dock orättvis om hälsobegreppet skall användas i en motiverande eller symbolisk funktion.

### **7.3 Målets tre dimensioner**

Som framgått tidigare kan ett mål betraktas och beskrivas i tre dimensioner - kvalitativt, kvantitativt och temporalt. Den kvalitativa dimensionen berör *vad* det är som skall uppnås. Denna dimension är vanligast förekommande i målbeskrivningarna. Förslag som frihet från sjukdom, hälsa eller livskvalitet kan utgöra exempel på målbeskrivningar i den kvalitativa dimensionen. Denna dimension är också den mest grundläggande. Det är inte rimligt att fatta avgörande beslut angående de andra två dimensionerna innan den primära är avgjord.

Målets kvantitativa dimension berör *hur mycket* som skall uppnås av det som utgör den kvalitativa dimensionen. Den kan t ex beröra hur hög grad av hälsa (om hälsa utgör den kvalitativa dimensionen) som individerna bör ha (full hälsa, optimal hälsa eller ett tröskelvärde på hälsa), hur länge de bör befinna sig i det kvalitativa tillståndet (t ex hela livet eller enbart arbetslivet) samt hur detta tillstånd är fördelat mellan individerna (t ex hälsans fördelning i befolkningen). I hälso- och sjukvårdens mål "en god hälsa på lika villkor" utgör "hälsa" den kvalitativa dimensionen, medan "god" anger hur hög grad av hälsa som skall uppnås (om än i vaga termer) och utgör därmed den kvantitativa dimensionen. Den temporala dimensionen berör *inom vilken tid* målet skall uppnås. Vi kan här tala om t ex omedelbara, medellånga och långsiktiga mål. Den exakta tidsgränsen för dessa olika typer av mål på den temporala dimensionen kan inte bestämmas generellt utan får avgöras från fall till fall. Målet att minska antalet höftfrakturer med 10 procent inom tio år kan väl betraktas som ett medellångt mål.

De tre dimensionerna kan naturligtvis kombineras på olika sätt. Men, som nämndes tidigare, frågan om *vad* som utgör hälsofrämjandets mål är primärt till frågorna om *hur mycket* och *inom vilken tid* och är konstant i relation till de andra två. De senare två dimensionerna är dock relaterade så att en specificering på den ena dimensionen kan påverka specificeringen på den andra dimensionen. I de fall vi t ex först specificerar den temporala dimensionen måste vi specificera den kvalitativa dimensionen på ett sådant sätt att det framstår som realistiskt att uppnå målet. Om en specificerad mängd inte rimligtvis kan förväntas uppnås inom en given tid är det inte längre fråga om ett mål utan ett ideal eller en vision.



Vi kan här påminna oss att inte allt vi vill uppnå faktiskt kan uppnås. Det är rimligt att betrakta något vi gärna skulle vilja uppnå men inte med en viss grad av realism kan uppnå för ett ideal. Idén om grad av realism har här en viktig funktion. Den fungerar som en sorts demarkationslinje mellan vilka tillstånd som med viss grad av realism kan betraktas som mål och vilka som inte kan det. Det är fråga om ett mål i de fall tillståndet kan med vad vi bedömer som stor grad av realism uppnås. Det är fråga om ett ideal om realismen i att uppnå tillståndet är av låg grad. Det kan till och med vara fråga om ett utopiskt ideal om vi bedömer det som orealistiskt att uppnå tillståndet.

## **7.4 En hierarkisk målstruktur**

Termen mål används ofta för att beteckna ett tillstånd vilket utgör slutet på en sekvens av händelser. Begreppet tillstånd används här i en vid mening inkluderande även händelser och processer. Dessa kan orsakas av handlingar eller av naturliga fenomen. De tillstånd som då utgör mål kan vara av varierande slag och de behöver inte alltid vara avsedda. Termen mål har en allmän innebörd som även inkluderar tillstånd som inte är avsedda. Vi är dock här enbart intresserade av avsiktliga mål, d v s tillstånd som vi bör uppnå eller tillstånd som är önskade.

### **7.4.1 Distinktionen mellan finalt mål, instrumentellt mål, operationellt mål och delmål.**

Anledningarna till att vi försöker uppnå ett mål kan variera. Vi kan försöka uppnå ett mål för dess egen skull eller för att uppnå ett annat mål. Ibland kan vi få en sekvens av mål som innehåller en hierarkisk ordning. Det mål vi försöker uppnå för dess egen skull kommer att benämnas *finalt mål*. Det mål vi försöker uppnå i avsikt att nå ett annat mål kommer att kallas *instrumentellt mål*.

De instrumentella målen kan indelas i två typer: operationella mål och delmål. Det som skiljer dessa mål åt är ett speciellt villkor, nämligen kravet på ytterligare handling från agenten. I en del sammanhang är det tillräckligt att det instrumentella målet uppnås för att också det finala målet skall uppnås. Det instrumentella målet är då ett operationellt mål. Men i andra sammanhang är det inte tillräckligt att uppnå det instrumentella målet. Det krävs ytterligare handlingar från agenten för att uppnå det finala målet. I dessa sammanhang är det instrumentella målet ett delmål.

Många processer inom vård och omsorg inkluderar någon form av handlingsplan. En sådan plan kan innehålla både delmål och operationella mål förutom det finala målet. Det som är intressant här är inte bara det finala målet utan även de andra komponenterna i målstrukturen.

Finalt mål, operationellt mål, delmål och vad som kommer att kallas verksamhetens domän utgör komponenter i en sammanhängande målstruktur.

#### 7.4.2 Operationellt mål

Det operationella målet kännetecknas av att *agenten* ej behöver utföra ytterligare handlingar för att uppnå det finala målet. Men ytterligare åtgärder, utförda av någon annan än agenten, kan i en del fall vara nödvändiga. Detta betyder att vi har två typer av operationella mål. Den första typen kännetecknas av att inga ytterligare åtgärder eller handlingar av någon är nödvändiga för att uppnå det finala målet när väl det operationella målet är uppnått. I och med att det instrumentella målet har uppnåtts innebär detta, eller leder det till, att det finala målet uppnås. Intag av smärtstillande medel utgör ett exempel på operationellt mål av denna typ. Inga andra handlingar krävs, vare sig av agenten eller någon annan, för att det finala målet smärtlindring skall uppnås.

Det finns flera anledningar till varför inga ytterligare handlingar behöver vara nödvändiga för att uppnå det finala målet. Åtminstone fyra olika former av relationer mellan det operationella och det finala målet är möjliga. (1) En logisk eller konceptuell relation: det finala målet är definierat i termer av det operationella målet. Antag för diskussionens skull att hälsa definieras som frånvaro av sjukdom. När då det operationella målet "frihet från sjukdom" har uppnåtts, har också, per definition, det finala målet "hälsa" uppnåtts. (2) En konstitutionell relation: tillståndet som konstituerar det operationella målet utgör en form av det tillstånd som konstituerar det finala målet. Löpning, som en form av motion, kan här utgöra ett exempel. När en person uppnår det operationella målet "att löpa i skogen" har han eller hon också uppnått det finala målet "motion". (3) En konventionell relation: att det går att uppnå det finala målet genom att realisera det operationella målet beror på en konvention. Det finala målet "innehav av ett kontrakt" kan uppnås genom det operationella målet "underteckandet av ett kontrakt". (4) En kausal relation: uppnående av det operationella målet är orsak till uppnåendet av det finala målet. Förändringar av livsstilen (det operationella målet) kan t ex orsaka en minskning av risken för ohälsa (det finala målet).

Vid den andra typen av operationella mål är det nödvändigt att någon utför ytterligare handlingar. Denna någon är dock inte identisk med agenten för handlingen som ledde fram till det operationella målet. Kunskap om hälsorisker kan vara ett exempel på denna typ av operationellt mål. Det är t ex inte tillräckligt att en hälsoinformatör lyckas i sin avsikt att sprida kunskap om hälsorisker till en viss grupp av individer. För att minska risken för ohälsa måste dessutom individerna använda denna kunskap och förändra sitt beteende.

De flesta operationella mål inom hälso- och sjukvården är förmodligen av denna typ. Flera olika professioner är i regel inblandade vid t ex botandet av sjukdom, och varje profession har sitt eget operationella mål.

Det karakteristiska för ett operationellt mål, och det som de två typerna har gemensamt, är att inga ytterligare handlingar krävs av agenten för att uppnå det finala målet. Vid den ena typen av operationella mål krävs inga ytterligare handlingar överhuvudtaget. Vid den andra typen av operationella mål krävs däremot ytterligare handlingar av en annan agent än den som utförde handlingen som ledde fram till det operationella målet. I vissa situationer kan det bli nödvändigt att uppnå en sekvens av operationella mål för att uppnå det finala målet. I många fall torde då ordningen mellan målen vara given av praktiska skäl. Det fullständiga botandet av ett sjukdomstillstånd kan t ex innehålla hälsokontroll, operation, omvårdnad och rehabilitering. I en del andra situationer är det däremot inte nödvändigt att de operationella målen uppnås i en sekvens. Det är t ex möjligt att uppnå *en del* av det finala målet genom att uppnå ett enskilt operationellt mål. För att fullständigt uppnå det finala målet är det då nödvändigt att uppnå ytterligare operationella mål. Ordningen i vilken de operationella målen uppnås kan variera och är inte given på förhand. Författandet av en antologi kan utgöra ett exempel. Flera författare är här inblandade och alla måste vara färdiga med sitt bidrag (operationellt mål) för att antologin skall vara färdig (finalt mål). I vilken ordning de blir färdiga med sina bidrag saknar dock betydelse.

#### **7.4.3 Delmål**

Operationella mål och delmål är två olika typer av instrumentella mål. Ett operationellt mål kännetecknas av att när detta mål är uppnått krävs inga ytterligare handlingar från agenten för att det finala målet skall uppnås. Ett delmål däremot kännetecknas av att när detta mål uppnåtts krävs ytterligare handlingar från agenten för att det finala målet skall uppnås. Tillgång till smärtstillande medel är t ex ett delmål för det finala målet smärtlindring. Det är inte tillräckligt att införskaffa smärtstillande medel. Agenten måste utföra ytterligare handlingar för att uppnå smärtlindring.

#### **7.4.4 Skillnaden mellan mål och domän.**

En verksamhets domän är relaterad till verksamhetens mål, men den berör i huvudsak handlingsområdet eller handlingsvägarna för att uppnå målet. Skillnaden mellan mål och domän kan illustreras med ett exempel från ett lands försvarsområde. Armén, flygvapnet och flottan har alla som mål att försvara landet. De har dock olika domäner och olika operationella mål. Armén försvarar landet på marken, flottan försvarar landet till sjöss och flygvapnet försvarar landet i luften.

Domänen utgör dock inte en geografisk avgränsning utan avgränsas av handlingstyper eller handlingsområde. Aktörernas speciella kompetens avgör vilket område det är rationellt att operera inom.

På samma sätt kan domänerna hos skilda professioner involverade i vård och omsorg avgränsas av den rationella användningen av respektive professions kompetens. Politiker, administratörer och verksamma inom vård och omsorg kan alla ha individens hälsa som mål för sina handlingar. Men eftersom deras kompetens skiljer sig åt är det rationellt att använda olika vägar till målet. Politikern kan fokusera på ekonomiska villkor, administratören på organisatoriska aspekter och vårdpersonalen på olika behandlingsmetoder eller insatser, för att ta några enkla exempel.

En domän består av handlingsområde eller en rad handlingsvägar. En domän kan därför begränsas inte enbart av rationella överväganden utan även av etiska, juridiska och organisatoriska. En verksamhets rätta domän bör utgöras av enbart etiskt och juridiskt försvarbara handlingar. Däremot går det inte på förhand att fastslå vilken den rätta domän är för en viss verksamhet ur organisatorisk synpunkt. Här handlar det bl a om ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän.

En domän är inte enbart relaterad till ett finalt mål utan också, och i första hand, till ett operationellt mål. De mål vi här talar om berör tillstånd som vi bör eller vill uppnå. I vissa situationer är det fråga om att uppnå ett mål för dess egen skull. Detta mål benämndes *finalt mål*. För att uppnå det finala målet kan det krävas ett flertal handlingar i flera domäner. Och genom att utföra alla handlingar i en enskild domän kan ett tillstånd uppnås som endast delvis utgör det finala målet. I en sådan situation krävs det att alla handlingar i samtliga domäner blir utförda för att det finala målet skall uppnås till fullo. Det tillstånd som har uppnåtts genom att utföra alla handlingar inom en enskild domän kallas det *operationella målet*. Antag att hälsouppllysning utgör huvuddelen av en viss hälsoprofessions domän. Professionen kommer då att bidra till att realisera det finala målet genom att operera i denna domän. Det operationella målet i detta fall är, enkelt uttryckt, kunskap om hälsa.

## 8. MÅL FÖREKOMMER I OLIKA DOKUMENT

Ett flertal olika typer av övervägande och beslut föregår handling inom vård och omsorg. Begreppet mål eller reflektioner över mål förekommer i flera av dessa typer. Det förekommer bland annat i politiska beslut. Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att målet för verksamheten (inkl hälsofrämjandet) är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Lokalt förankrade hälsopolitiska dokument innehåller i regel målformuleringar av olika slag. I ett policydokument från landstinget i Östergötland finner vi målformuleringar som t ex “Samhällsdeltagande i hälsoarbetet” och “Från 1966 ska andelen individer som drabbas av höftfraktur minska med 10 procent under en 10-årsperiod”. Även WHO har formulerat mål i form av 38 “targets” i sin globala strategi “Health for all by the year 2000” (i ett förslag till reviderad version har målen bantats ned till 26). Vi kan även finna förslag till mål i teoretiska sammanhang. Filosofiska diskussioner om mål för hälso- och sjukvården har förekommit på senare tid (Nordenfelt, Tengland, 1996). Det handlar då i första hand om olika varianter av begreppet hälsa men även andra begrepp förekommer som t ex “livskvalitet”, “värdighet” och “det goda livet”.

### 8.1 Mål för kommunal hälso- och sjukvård

#### Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

I den första paragrafen definieras begreppet hälso- och sjukvård.

*1§ Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser.*

Med förebyggande insatser avses här både miljöinriktade och individinriktade åtgärder. I förarbetena framhåller det föredragande statsrådet att hälso- och sjukvården med sina kunskaper om miljöfaktorernas betydelse för människors hälsa och välbefinnande kan bidra med underlag för planeringen inom andra samhällsfaktorer. Till individinriktade förebyggande åtgärder räknas bl a all verksamhet som har till syfte att uppsåra hälsoproblem av skilda slag; t ex allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppläsning samt mödra- och barnhälsovård.

Hälso- och sjukvård som begrepp skall inte ges en alltför vid tolkning. Uttrycket “medicinskt förebygga” har valts för att klart skilja den preventiva verksamheten som avses i HSL från den som regleras i socialtjänstlagen (SoL).

Enligt förarbetena skall hälso- och sjukvården omfatta sådan verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med annan personal (prop 1981/82:97). I hälso- och sjukvården ingår enligt förarbetena även funktionsförbättrande och funktionsuppehållande behandling för handikappade. Till hälso- och sjukvården hör vidare företagshälsovården, skolhälsovården och studerandehälsovården. Till hälso- och sjukvården hör självfallet omvårdnad. Prioriteringsutredningen gav följande definition av omvårdnad (SOU 1995:5 s. 20):

*Omvårdnad är att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov, både kroppsliga behov som näringstillförsel, hygien, sömn och vila och psykosociala och kulturella behov som trygghet, gemenskap, uppskattning och självkänsla. Omvårdnad går som en röd tråd genom all vård och utgör ett komplement till behandling.*

Av den andra paragrafen i HSL framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor.

*Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.*

Lagstiftaren har i första stycket satt upp ett övergripande mål för hälso- och sjukvården. Målet är något att generellt sträva efter och behöver inte vara uppfyllt vid varje enskild tidpunkt. Av förarbetena framgår att hälso- och sjukvårdens mål bör ange önskvärda framtida tillstånd och inte egenskaper eller krav på organisatoriska eller andra förändringar.

En god hälsa för hela befolkningen utgör enligt HSL ett sådant önskvärt tillstånd. Lagen ger dock ingen exakt anvisning om hur hälsobegreppet skall analyseras annat än att den avser ett inklusivt begrepp, d v s hälsa är något mer än frånvaro av sjukdom. Flera olika hälsobegrepp diskuteras i den hälsoteoretiska litteraturen (Brylde, Tengland, 2003). Dessutom är hälsa inte det enda tänkbara målet. I sitt slutbetänkande (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) nämner prioriteringsutredningen att även livskvalitet kan utgöra behovsmål. Den talar om hälsorelaterade respektive livskvalitetsrelaterade behov. Då bot inte längre är möjligt återstår tröst och lindring. Livskvalitet skall utgöra mål i de fall då hälsa inte längre är ett realistiskt mål.

“En vård på lika villkor för hela befolkningen” betyder att behovet av hälso- och sjukvård skall styra möjligheterna att få vård inom ramen för de ekonomiska resurser huvudmannen förfogar över. ”Detta kan med andra ord uttryckas så att behovet av vård, inom ramen för de ekonomiska resurserna, ensamt skall vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär.

Häri ligger också att vid prioriteringar mellan två patienter ska den som har det mest akuta behovet av vård skall ges företräde."(prop. 1981/82:97 s. 27).

Behovsprincipen ges här ett avgörande inflytande. Behovet skall enligt denna utsaga ensamt vara avgörande. Vi kan också notera att hälso- och sjukvården inte har skyldighet att åtgärda alla behov utan endast de som är möjliga inom ramen för de ekonomiska resurserna. HSL är med andra ord ingen rättighetslag som föreskriver att alla har rätt att få sina behov åtgärdade. Medborgarna har endast rätt till det som erbjuds.

Den kommunala likställighetsprincipen innebär att det inte är tillåtet för en kommun att särbehandla vissa kommunmedlemmar annat än om det finns sakliga skäl för det. I förarbetena framhåller det föredragande statsrådet att bestämmelsen i HSL har ett vidare syfte. Hälso- och sjukvården bör också sträva efter att utjämna skillnader som beror på olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning mellan olika patienter – alla bör ges likvärdiga möjligheter att t ex förstå en diagnos eller att sätta sig in i innebörden av ett behandlingsprogram. Den som ansvarar för hälso- och sjukvården bör, så långt det är möjligt, inrätta verksamheten så att betydelsen av t ex geografiska, språkliga eller kulturella olikheter begränsas.

Behovsprincipens betydelse vid planering av den kommunala hälso- och sjukvården framgår även av 20§ i HSL. Där heter det att "Kommunen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård". Målparagrafens andra stycke infördes i HSL den 1 juli 1997 med utgångspunkt i prioriteringsutredningens betänkande (SOU 1995:5) Vårdens svåra val. Utredningen presenterade tre grundläggande etiska principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården:

- Människovärdesprincipen – alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen – resurserna bör satsas på de områden där behoven är störst. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de grupper som inte är medvetna om sitt människovärde, har mindre möjligheter än andra att göra sina röster hörda eller utnyttja sina rättigheter.
- Kostnadseffektivitetsprincipen – vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.

Principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

Vi kan också lägga märke till att enligt formuleringen av kostnadseffektivitetsprincipen bör effektiviteten mätas i termer av hälsa och livskvalitet. Detta implicerar att målet för verksamheten eller åtgärderna är hälsa och livskvalitet.

## **8.2 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)**

En ny rättighetslag för personer med svåra funktionshinder infördes 1993. Särskilt stöd och service skall vara en rättighet för den behövande. Verksamhetens mål framgår av 5§:

*Verksamheten enligt denna lag skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges i 1§. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.*

Uttrycket "att leva som andra" kan ges en tolkning som innebär att målet för verksamheten är att ge individen möjligheter att leva som den genomsnittliga människan. Detta skulle då betyda att lagen inte stöder insatser som syftar till möjligheter att leva ett något udda liv. En person med annorlunda intressen har med andra ord ingen rätt till det stöd som behövs för att leva sitt annorlunda liv. Vad personen har rätt till är det som behövs för att leva ett statistiskt sett normalt liv. Dessutom är möjligheter till full delaktighet i samhällslivet något som bör främjas oavsett den enskildes intressen. Genom LSS införs en rätt till biträde av personlig assistent för svårt funktionshindrade som inte fyllt 65 år och som kan anses ha behov av insatsen. Kronologisk ålder påverkar med andra ord möjligheten att få behovet av personlig assistent åtgärdat. Människovärdesprincipen verkar inte väga lika tungt i LSS som i HSL. Idén om det normala livet återkommer i psykiatireformen. I Socialutskottets betänkande (1993/94 SoU 28 Psykiskt stördas villkor) heter det bl a att "insatserna för de psykiskt störda skall enligt utskottet inriktas mot att öka den enskildes funktionsförmåga och öka dennes möjligheter att leva ett så normalt liv som möjligt".

## **8.3 Socialtjänstlagen**

I lagens första paragraf anges bl a att socialtjänsten skall inriktas på att *frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser*. Socialtjänsten skall också enligt 5§ *främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden*. Rätten till bistånd regleras i 6§ och där föreskrivs att den enskilde skall tillförsäkras *en skälig levnadsnivå*. Socialnämnden bör enligt 10§ underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra.



Den skall också verka för att *äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden och med respekt för deras självbestämmande och integritet*. Vidare skall den verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring *får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra*. Den enskilde bör också ges en *meningsfull sysselsättning och få bo på ett sätt som är anpassat till behovet av särskilt stöd*.

## **8.4 Målformuleringar i några utredningar**

### **8.4.1 Prioriteringsutredningens slutbetänkande Vårdens svåra val**

Utredningen konstaterar kort att målet för all sjukvård är humanitärt. Vården syftar till att hjälpa människor som drabbats av sjukdom eller skada. En tolkning av utredningen ger intrycket att målet för hälso- och sjukvården är sjukdomskontroll. Utredningen rangordnar de fem prioriteringsgrupperna i enlighet med *sjukdomarnas svårighetsgrad*, d v s de svåraste sjukdomarna placeras i första grupp och de lindrigare sjukdomarna i en lägre grupp. Men utredningen tar inte samma hänsyn till lidande orsakat av annat än sjukdom eller skada, t ex ofrivillig barnlöshet. Lidande som inte är orsakat av sjukdom eller skada, och som hälso- och sjukvården kan avhjälpa, hamnar i den näst sista gruppen. Det avgörande för detta resonemang är lidandets art, inte dess grad. Vi kan notera att i den åtföljande propositionen från regeringen (1996/97:60) reducerades antalet prioriteringsgrupper från fem till fyra, och det som ingick i utredningens fjärde grupp på grund av osäkerhet om lidandets art, t ex ofrivillig barnlöshet, placerades i grupp tre.

### **8.4.2 Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén**

Regeringen tillsatte hösten 1995 en kommitté (folkhälsokommittén) med uppgift att utarbeta mål för hälsoutvecklingen. Målen skulle vara vägledande inte bara för hälso- och sjukvården utan även för hela samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död (Dir. 1995:158). Målen skall, förutom att vara vägledande, ha den funktionen att tjäna som stöd och inspiration för folkhälsoarbete på nationell, regional och lokal nivå. Folkhälsokommittén förankrar sitt förslag till nationella folkhälsomål i en viss värdegrund – vad som kallas den humanistiska människosynen. Denna människosyn innebär att alla människors värde är lika. Av detta följer, enligt kommittén, att alla skall ha likvärdiga möjligheter till utveckling i viktiga avseenden. “Målet för samhällsutvecklingen kan enligt detta synsätt beskrivas som att förverkliga en strävan mot alla människors *frihet* att forma sina liv”, heter det i slutbetänkandet (s. 63).

Detta kan rimligtvis tolkas så att individens möjligheter att själv forma sitt liv är ett finalt mål för folkhälsoarbetet inom alla sektorer i samhället.

Ohälsa innebär inskränkningar i dessa möjligheter och kommittén ser som sin främsta uppgift att förebygga sådan ohälsa. Dessutom kräver idén om människors lika värde att individerna ges samma möjligheter att forma sitt liv. Kommittén avstår ifrån att definiera begreppet hälsa. Detta betyder inte att den inte använder sig av ett hälsobegrepp. När kommittén hävdar att den främsta uppgiften är att förebygga en viss ohälsa måste den använda termen "ohälsa" i någon mening för att det inte skall vara fråga om tomt prat. Vi får dock ingen vägledning i vad kommittén lägger i begreppet. Klart är dock att om det finala målet – individens frihet – skall uppnås genom att förebygga ohälsa måste hälsobegreppet stå i en viss relation till individens frihet. För att nå detta mål kan det krävas vissa strategier. Kommittén formulerar sex olika strategier eller riktlinjer som kommittén föredrar att kalla det.

1. Stärk det sociala kapitalet
2. Utveckla goda uppväxtvillkor
3. Förbättra villkoren i arbetslivet
4. Skapa en god fysisk miljö
5. Stimulera hälsofrämjande levnadsvanor
6. Utveckla en god infrastruktur för hälsofrågor.

Till dessa strategier har kommittén kopplat 18 nationella mål för folkhälsa. De hälsopolitiska målen är konkretiserade i ett antal delmål. Nedan följer några exempel på mål och delmål.

Mål 1: Stark solidaritet och samhällsgemenskap. Delmål: minskad fattigdom, minskad boendesegregation samt kompensatoriska resurser för barn och ungdom i socialt utsatta bostadsområden.

Mål 5: God arbetsmiljö. Delmål: anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet samt minskat övertidsarbete.

Mål 9: Ökad fysisk rörelse. Delmål: mer fysisk rörelse i skolan och i anslutning till arbetet och mer fysisk rörelse under fritiden.

Mål 15: En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Delmål: effektivare sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på individ-, grupp- och befolkningsnivå, ökad samverkan för en jämlik hälsoutveckling i befolkningen samt utvecklade metoder och strategier för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete.

Kommittén presenterar här en sorts målstruktur - en hierarki av mål med flera olika mål och delmål.

Det finala målet "lika möjligheter att fritt forma sina liv" skall realiseras genom att förebygga ohälsa. Detta mål skall i sin tur realiseras genom förverkligandet av de 18 folkhälsomålen vilka i sin tur skall realiseras genom att förverkliga de olika delmålen.

### **8.4.3 Allmänna inriktningsmål för kommunal verksamhet – exemplet Norrköping.**

Norrköpings kommun påbörjade hösten 1998 utvecklandet av ett styrsystem. Avsikten med arbetet var att de av kommunfullmäktige antagna målen skulle bli färre och tydligare. Tanken är också att fullmäktige antar inriktningsmål medan delmålen formuleras och antas av respektive nämnd. Kommunfullmäktige antog i oktober 1999 ett antal inriktningsmål för år 2000. Inriktningsmålen är formulerade för vart och ett av de olika ansvarsområdena. Omsorgsnämndens ansvarsområde inkluderar handikappomsorg, integrationspolitik, individ- och familjeomsorg samt äldreomsorg.

Omsorgsnämnden skall arbeta för att förverkliga ett gott liv för alla boende i Norrköping. Den skall dessutom stödja sådana attitydpåverkande insatser som leder till ömsesidig respekt och inlevelse. Nämnden skall vidare underlätta varje invånares möjlighet att leva ett självständigt liv oberoende av egna förutsättningar. Medborgarna i Norrköping skall också kunna leva i trygghet under hela livet och känna tillit till kommunens förmåga att vid behov erbjuda stöd samt god vård och omsorg. Vi kan sammanfatta inriktningsmålen för omsorgsnämndens verksamhet på följande sätt. Ett gott liv för alla boende i kommunen vilket inkluderar ömsesidig respekt och inlevelse, känna trygghet samt möjligheter att leva ett självständigt liv.

## **8.5 Mål för äldreomsorgen**

### **8.5.1 Strategisk plan för äldreomsorgen i Norrköping.**

I planen finns några bärande principer formulerade.

- Resurserna skall koncentreras på att stödja möjligheten för personer i behov av vård och omsorg att bo kvar i sitt ordinarie boende.
- Det skall finnas ett utbud av kvalificerat särskilt boende för dem som trots allt inte kan, eller vill, bo kvar i det egna hemmet.

Dessa principer anger några mål för äldreomsorgen – möjlighet att bo kvar i ordinarie boende samt som alternativ ett kvalificerat särskilt boende. Planen innehåller även mer explicita inriktningsmål för äldreomsorgen i Norrköpings kommun.

Enligt det mest finala målet skall de äldre i kommunen *leva ett gott liv i såväl materiellt som socialt och kulturellt hänseende*. Detta innebär bl a att behov av vård och omsorg skall tillgodose och att insatserna så långt som möjligt anpassas för att tillgodose den enskildes önskemål. De äldre skall dessutom ges möjlighet att leva ett självständigt och aktivt liv samt möjlighet att påverka sina livsvillkor.

Som ett delmål anges i planen utveckling av dagverksamheter, dagcentralverksamheten samt platser för korttids- eller växelvård och rehabilitering. En grundtanke som präglar denna strategiska plan är att ett gott liv innebär bl a ett aktivt, självständigt och fritt valt liv. Det senare medför stor hänsyn till den enskildes önskemål vilket medför en individanpassad omsorg. Det senare skulle t ex kunna innebära att en del personer med speciella önskemål mer eller mindre dränerar verksamhetens resurser. I planen finns därför en begränsning – verksamheten skall *så långt möjligt* anpassa insatserna till den enskildes önskemål. En sådan begränsning innebär i praktiken att någon form av prioritering eller ransonering av behov blir nödvändig.

Planen innehåller en intressant anvisning till en sådan prioritering. För att en person skall kunna leva efter sina önskemål krävs både förmåga och tillfälle till aktivitet av olika slag. En lyckad handling innehåller med andra ord både en förmåge- och en tillfälleskomponent. En viss funktionsnedsättning skulle i princip kunna lindras eller elimineras genom att åtgärda endera av de två komponenterna (eller bägge). Funktionsnedsättningen skulle t ex kunna åtgärdas med hjälp av rehabilitering eller kompenseras med någon form av hjälpmedel. I bägge fallen skulle ett lyckat resultat medföra att personen kan leva efter sina önskemål. I planen anges att i första hand bör verksamheten inriktas på att stärka den enskildes resurser, d v s att åtgärda förmågekomponenten. I andra hand handlar det om att minska den omgivande miljöns krav, d v s åtgärda tillfälleskomponenten.

### **8.5.2 Målsättning för Åtvidabergs äldreomsorg**

Socialnämnden i Åtvidaberg har slagit fast inriktningsmål och delmål för äldreomsorgen. Formuleringen av inriktningsmålet innehåller kravet på största möjliga livskvalitet. Samråd med den enskilde eller dennes närstående samt hänsyn till den enskildes integritet, önskemål och behov ingår också i beskrivningen av inriktningsmålet.

Bland delmålen finner vi bl a följande: stimulera och göra det möjligt att bo kvar i den egna bostaden, särskilda insatser för vård vid livets slutskede samt underlätta återgång till eget eller särskilt boende.

I en kommentar till målformuleringarna heter det att en grundläggande idé inom modern äldreomsorg är att vårdinsatserna skall syfta till att den äldres livssituation så långt som möjligt kan normaliseras. Vård och omsorg skall i första hand ges i det egna hemmet. Anledningen till att kvarboendepincipen hävdas är enligt dokumentet att erfarenheter visar att flyttningar har en negativ inverkan på den äldre.

I dokumentet kommenteras också en eventuell målkonflikt mellan service och rehabilitering. En sådan konflikt kan t ex bestå i att den enskilde nekas hjälp i ett rehabiliterande syfte. "För att personalen inför brukare och anhöriga tydligt skall kunna förklara varför man successivt skall minska en hjälpinsats för att detta på sikt förbättrar brukarens egen förmåga att klara sig själv krävs en särskild pedagogik". Det verkar här som om rehabiliteringsmålet skall ges högre prioritet vid en sådan konflikt.

### **8.5.3 Inriktning för vård och omsorg om äldre i Motala**

Inriktningsplanen för äldreomsorgen i Motala kommun är indelad i ett finalt synsätt samt ett antal inriktningsmål. Enligt det finala synsättet är kommunens uppgift att medverka till att det skapas *en fysisk och social miljö där människor kan leva ett självständigt liv*. Tanken på det självständiga livet som finalt mål för äldreomsorgen återkommer i formuleringen av vad som kan betecknas som finalt inriktningsmål. Där heter det att: "kommunens huvuduppgift för äldre är att medverka till en samhällsmiljö som stärker förutsättningarna för att leva ett självständigt liv". Denna tanke återkommer i ett av de mer konkret formulerade inriktningsmålen – *ett liv på egna villkor*. Inriktningsmålet, ett liv på egna villkor, är preciserat i ett antal ytterligare målformuleringar:

- integritet och inflytande
- öka individens självbestämmande
- få välja vem som utför omvårdnaden
- hänsyn till språk- och kulturskillnader
- alltid få ett bra bemötande
- samhällets omsorg ska vara ett komplement för ett normalt liv
- stärka individens egna möjligheter

I dokumentet förekommer även andra inriktningsmål som inte är direkt kopplade till ett liv på egna villkor: anpassat boende efter egna behov, trygghet samt ingå i gemenskap och få vara aktiv.

Det framgår inte av dokumentet hur vi skall förstå relationen mellan det finala inriktningsmålet att leva ett självständigt liv och andra inriktningsmål som t ex gemenskap och få vara aktiv samt samhällets omsorg skall vara ett komplement för ett normalt liv. Om det med normalt liv avses det vanligaste sättet att leva kan det uppstå en konflikt mellan det vanliga och det självständiga.

Överhuvudtaget är det oklart om målen ingår i en hierarki med t ex huvudmål och olika former av delmål eller om de olika målen är sidordnade. Det senare innebär alltid en risk för målkonflikter.

Motala kommun har också tagit fram ett förslag till demensprogram. De finala målen för demensvården är enligt detta program följande

- *personer med demenssjukdom ska kunna bo kvar i det egna hemmet med anpassat hemstöd och dagverksamhet*
- *när kvarboende inte är möjligt skall särskilt boende erbjudas med inriktning på insatser anpassade efter demenssjukdomen*

Här har idén om det självständiga livet tonats ner eller helt försvunnit. I stället framhålls det egna boendet som det primära målet.

#### **8.5.4 Omsorgsplan för Vadstena kommun**

Omsorgsplanen för Vadstena kommun antogs av Omsorgsnämnden i januari 1998. Där formuleras politiska mål och intentioner utifrån gällande lagstiftning, bl a Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen samt LSS. Enligt Socialtjänstlagen skall målet för socialtjänsten vara att skapa ett antal olika möjligheter för den enskilde. Det handlar om möjligheter till goda levnadsförhållanden, skälig levnadsnivå, leva och bo självständigt under trygga förhållanden, delta i samhällets gemenskap och leva som andra samt en meningsfull sysselsättning. HSL anger att målet för hälso- och sjukvården (oavsett huvudman) är en god hälsa på lika villkor. Det framgår inte av lagtexten eller förarbetena exakt vad som avses med termen hälsa, förutom att hälsa är något mer än frånvaro av sjukdom. LSS anger att mål för verksamheten skall vara möjlighet att leva som andra. Exakt vad detta skall innebära är oklart. Det skulle kunna betyda ett liv som är i likhet med det som de flesta lever, d v s ett så normalt liv som möjligt. Enligt Vadstena kommun skulle detta i så fall betyda att den enskilde bor kvar i det egna hemmet.

#### **8.5.5 Äldreomsorgsplan för Ödeshögs kommun**

Socialnämndens målsättning för äldreomsorgen indelas i inriktningsmål och delmål. Enligt formuleringen av inriktningsmålet skall insatserna utformas så att *största möjliga livskvalitet uppnås inom ramen för tillgängliga resurser*. Valet av insatser skall ske i samråd med den enskilde eller om nödvändigt med närstående. Valet skall dessutom ske med hänsyn till den enskildes integritet, önskemål och behov.

Fyra stycken delmål anges i omsorgsplanen.

- Stimulera till och göra det möjligt att bo kvar i den egna bostaden.
- Tillhandahålla särskilda resurser för vård i livets slutskede.
- Underlätta en återgång till eget eller särskilt boende efter sjukhusvistelse

- Samarbete med brukarorganisationer, folkrörelser och andra ideella föreningar skall prioriteras med tonvikt på sociala och kulturella inslag.

I omsorgsplanen finns även målformuleringar för demensvården. Denna vård har som syfte att sträva efter att *maximera det personliga välbefinnandet och så långt som möjligt fördröja sjukdomsförloppet*. Detta skall ske genom att bli ta vara på den dementes kvarvarande resurser. Principen om kvarboende betonas även i Ödeshögs kommuns äldreomsorgsplan. Den har dock fått en explicit motivering i planen – äldre människors välbefinnande påverkas negativt av en flyttning från en invand miljö.

### **8.5.6 Kommunsjukvården i Linköping**

Linköpings kommun har skapat en egen sjukvårdsorganisation. Syftet med Kommunsjukvården är att bedriva en god hälso- och sjukvård och omvårdnad för att uppnå/bibehålla optimala förutsättningar för vårdtagaren att kunna bo kvar i sitt boende. Målet med sjukvården är att ge god vård och omsorg i hemmet – en vård som är i överensstämmelse med vårdtagarens och de anhörigas önskan. Vårdtagarens upplevelse av trygghet, god service och kontinuitet i vården betonas.

Kommunen har dessutom formulerat mål i samband med upphandling av äldreomsorg. I ett Förfrågningsunderlag och kravspecifikation avseende hemtjänsten från 1997 formuleras inriktningsmål och effektmål. Ett av inriktningsmålen berör vård, service och omsorg: "Vårdkvalitet, service och omsorg skall garanteras var och en efter behov". Till detta inriktningsmål är kopplade ett antal effektmål. Här följer ett urval av dessa:

- medicinsk omvårdnad i alla särskilda boendeformer ska erbjudas av undersköterskor och sjuksköterskor,
- rehabiliteringsinsatser av sjukgymnast och arbetsterapeut ska erbjudas den som bor i särskilda boendeformer,
- närstående ska kunna erbjudas stöd i form av samtal och utbildning.

För hemsjukvården formuleras en antal krav som måste uppfyllas för uppnå en god vård:

- en god kvalitet som tillgodoser trygghet i vård och behandling
- respekt för den enskildes självbestämmande och integritet
- goda kontakter mellan den enskilde och den sjukvårdande personalen
- utformning av vården tillsammans med den enskilde så långt det är möjligt
- att ge den enskilde eller dennes anhöriga upplysning om hälsotillstånd och behandlingsmetoder.

I förfrågningsunderlag och kravspecifikation för år 2000 finns ett antal mål formulerade för olika verksamheter. Inriktningsmålen för äldre har följande utformning:

- Äldre ska beredas/ha möjlighet att delta i ett aktivt socialt liv utifrån olika behov och önskemål.
- Kommunen ska utifrån behov erbjuda äldre vård och funktionella boendeformer och ge möjlighet att välja önskat bostadsområde.
- Äldre inom Linköpings kommun ska ur ett befolkningsperspektiv ha tillgång till näringsriktig mat, medicinska insatser, motion och rehabilitering.
- Äldreolycksfall ska förebyggas och trygga äldremiljöer skapas både i samhället och i det enskilda boendet.
- Berörda resultatenheter ska erbjuda lokaler för samvaro och aktiviteter.

### **8.5.7 Sammanfattning av målformuleringar**

Vi kan sammanfatta ovanstående målformuleringar i ett antal kärnformuleringar.

- God hälsa
- Största möjliga livskvalitet
- Främja jämlikhet i levnadsvillkor
- Främja full delaktighet i samhällslivet
- Möjlighet att leva som andra
- Ett liv på egna villkor
- Möjlighet att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden
- Meningsfull sysselsättning
- Lika möjligheter att fritt forma sina liv
- Möjlighet att bo kvar i sitt ordinarie boende
- Hänsyn till den enskildes självbestämmande, integritet, önskemål och behov.

En lista av detta slag genererar omedelbart ett antal frågor. Hur skall formuleringarna av målen tolkas respektive preciseras? Hur är målen relaterade till varandra? I vilken grad är de oförenliga med varandra? Vilka av målen står i konflikt med varandra? Vi skall här inte göra några försök att fullständigt besvara sådana frågor utan endast nöja oss med att kommentera några av dem.

## **8.6 Kommentarer till offentliga mål**

Avsikten med formuleringen av hälso- och sjukvårdens mål "En god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" i HSL verkar vara att det skall få en vägledande funktion. Målet är något att generellt sträva efter, heter det i förarbetena. Dessutom har lagstiftningen en styrande funktion och därmed även en vägledande funktion vid val och beslut.



Enligt direktiven till Nationella folkhälsokommittén skall målen för hälsoutvecklingen, förutom att vara vägledande, även ha funktionen att tjäna som stöd och inspiration för folkhälsoarbetet på olika nivåer. Alla tre funktionerna tycks här vara representerade - inte bara den vägledande, kommittén skall ta hänsyn även till både den symboliska och den motiverande funktionen.

Vi har sett att många planer för omsorg innehåller inriktningsmål. Det framgår dock inte explicit av dokumenten vilken funktion det är tänkt att dessa mål skall ha. Av beteckningen att döma skall de ha en vägledande funktion. De skall ange en viss inriktning på verksamheten. Målformuleringarna är dock genomgående vaga – för vaga för att ge verksamhetsutövare tillräcklig vägledning. Målformuleringar som t ex “ett gott liv”, “största möjliga livskvalitet”, “leva ett självständigt liv” samt “ett liv på egna villkor” ger liten vägledning vid val och beslut i verksamheten. Detta torde vara anledningen till att inriktningsmålen kompletteras med delmål. Målen är dessutom formulerade i positiva termer vilket medför att det som läsare är svårt att undgå tanken att avsikten med dessa vaga formuleringar är att målen även skall tjäna som symboliska och motiverande. Vi skall här inte diskutera eller ta ställning till huruvida vagt formulerade mål är en fördel eller inte. Troligtvis fungerar målen bättre i en symbolisk eller motiverande funktion om de är vagt formulerade. De kan då omfattas av de flesta. Vagt formulerade mål i en vägledande funktion medför att de inte ger fullständig vägledning. I vilken grad detta är en nackdel varierar med situationen. Vagt formulerade mål ger större frihet för egna tolkningar av dem som har att följa målen. Å andra sidan kan direkt vägledning upplevas som önskvärt i situationer av målkonflikter och andra svåra beslut.

Norrköpings kommun har formulerat ett allmänt inriktningsmål för bl a omsorgsnämndens verksamhet – *ett gott liv för alla boende i kommunen*. En sådan målformulering ger liten vägledning. Däremot skulle den passa bra i den symboliska funktionen och kanske i den motiverande. Detsamma gäller andra mål som “största möjliga livskvalitet” (Åtvidaberg och Ödeshög), “en fysisk och social miljö där människor kan leva ett självständigt liv” (Motala). De olika målformuleringarna ovan anger i första hand den kvalitativa dimensionen. De svarar på frågan *vad* det är som skall uppnås. Men där finns även en del inslag av den kvalitativa dimension, *d v s* hur mycket som skall uppnås. De kvalitativa inslagen är av olika karaktär. I vissa fall är målen formulerade i termer av “god” eller “skälig”, t ex god hälsa, goda levnadsförhållanden, ett gott liv och en skälig levnadsnivå. Det handlar här om att passera en viss tröskel och denna tröskel anges av begreppen “god” eller “skälig”.

I dokumenten finns dock inga försök till att definiera begreppen, t ex genom att ange hur hög hälsan skall vara för att den skall kunna betecknas som god eller hur levnadsförhållandena skall vara gestaltade för att de skall betecknas som goda.

I andra fall formuleras målen i termer av “ökad” eller “minskad” t ex ökat inflytande eller minskad fattigdom. Men det anges inte hur mycket inflytandet skall öka eller hur mycket fattigdomen skall minska. Ytterligare andra mål är formulerade i termer av främja eller stärka. Återigen ges ingen information om hur mycket något skall främjas eller stärkas. Intressanta målformuleringar är dessutom de som sker i termer av “största möjliga” eller “så långt som möjligt”. Det heter t ex att målet är största möjliga livskvalitet. En del av dessa formuleringar innehåller även en restriktion. Det är tydligt då uttrycket “så långt som möjligt används”. Det heter t ex att verksamheten skall så långt möjligt anpassa insatserna till den enskildes önskemål (äldreomsorg Norrköping). Det framgår dock inte av dokumentet exakt vad som utgör restriktionen eller dess omfattning. I något fall är dock restriktionen angiven. Det heter t ex att “insatserna skall utformas så att största möjliga livskvalitet uppnås inom ramen för tillgängliga resurser” (äldreomsorg Ödeshög).

Vi kan också notera att den temporala dimensionen överhuvudtaget inte är nämnd i dokumenten. Det finns inget angivet om när de olika tillstånden skall uppnås. Avsaknaden av kvantitativ och temporal dimension i målformuleringarna ger intrycket att de i stor utsträckning är avsedda att fungera som motiverande eller symboliska mål. I en handlingsdirigerande funktion ger de endast en viss vägledning. De anger inriktningen på verksamheten. De anger riktning för färden men inte hur lång färden är tänkt att vara eller hur fort den skall vara avslutad, för att uttrycka det hela metaforiskt. Målen benämns också explicit i en del fall för inriktningsmål.

## REFERENSER

- Arvidsson A. 1998. *Livet som berättelse. Studier i levnadshistoriska intervjuer.* Studentlitteratur, Lund.
- Astwik W. 2003. *Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten. Arbete och hälsa nr. 2003:8.* Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Astwik W, Aronsson G. 2000. *Specialister eller generalister. Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst- och boendestödsverksamhet. Arbete och hälsa nr. 2000:2.* Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Baltes MM, Carstensen LL. 1996. *The process of successful ageing. Ageing and Society, 16, 397-422.*
- Brylde B, Tengland P-A. 2003. *Hälsa och sjukdom. En begreppslig undersökning.* Studentlitteratur, Lund.
- Cumming E, Henry WE. 1961. *Growing old.* Basic Books Publishing Company, New York.
- Culyer A.J. 1989. *The normative economics of health care: finance and provision. Oxford Review of Economic Policy 5(1):34-58.*
- Denzin NK. 1989. *Interpretive biography. Qualitative Research Method Series 17.* Sage, London.
- Eliasson R. 1987. *Forskningsetik och perspektivval. FoU-rapport 7 A. FoU-byrå, Stockholms socialförvaltning, Stockholm.*
- Eliasson R. 1992. *Omsorg och rationalitet. I R. Eliasson (red.): Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor.* Arkiv, Lund.
- Featherstone M, Hepworth M. 1991. *Images of ageing. I J. Bond & P. Coleman (red.): Ageing in society. An introduction to social gerontology.* Sage, London.
- Gergen KJ. 1994. *Realities and relationships: soundings in social construction.* Harvard University Press, Cambridge.
- Granberg M, Montin S, Mörck J. 2000. *Prioriteringspolitik och prioriteringspraktik i ett antal kommuner.* Novemus – Örebro universitet.
- Inriktningsmål för Norrköpings kommun år 2000.* Norrköpings kommun 1999.

Karlsson E. 2002. I Östergötland jobbar man "vertikalt" och "horisontellt".  
Läkartidningen 99(1-2): 56-57.

Kommunförbundet. 1998. Kommunernas ekonomiska läge. Svenska Kommunförbundet.

Kuypers JA, Bengtson VL. 1973. Social breakdown and competence. Human Development, 16, 181-201.

Labov W. 1972. The transformation of experience in narrative syntax. I W. Labov (red.): Language in the inner city: studies in the black english vernacular. University of Pennsylvania, Philadelphia.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:387.

Linköpings kommun. Förfrågningsunderlag och kravspecifikation avseende hemtjänst i ordinarie boende och servicelägenheter, vårdboenden för äldre samt bostäder med särskild service för personer med utvecklingsstörning, 2000.

Liss P-E. 1991. Behov och livskvalitet. En studie av begreppsliga relationer. Norsk Filosofisk Tidsskrift 4: 215-231.

Liss P-E. 1993. Health Care Need. Avebury, Aldershot.

Liss P-E. 1995. Om relationen mellan hälsa och jämlikhet. En jämförelse av holistisk hälsa och "capability". I Klockars, K & Österman, B (red.) Begrepp om hälsa, Liber utbildning, Stockholm.

Liss P-E. 1996. On the notion of a goal. A conceptual platform for the setting of goals in medicine. In The Goals and Limits of Medicine. Nordenfelt, L. and Tengland, P-A (eds.). Almqvist & Wiksell International, Stockholm.

Liss P-E. 2001. Hur bedömer vi vårdbehov? I SOU 2001:8 Prioriteringar i vården. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen.

Liss P-E. 2003. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – en översikt. CMT-rapport 2003:2. Linköpings universitet, Linköping.

Liss P-E. 2004. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan. PrioriteringsCentrum, rapport 2004:9.

Luce B, Elixhauser A. 1990. Standards for Socioeconomic Evaluation of Health Care Products and Services. Springer Verlag.

Maslow AH, 1970. Motivation and Personality. Andra upplagan. D. Van Nostrand Company, New York.

Motala kommun. Inriktning för vård och omsorg om äldre i Motala. Förslag till kommunfullmäktige 2001-01-22.

Nordenfelt L, Tengland P-A. (eds.) 1996. The Goals and Limits of Medicine. Almqvist & Wiksell International, Stockholm.

Nordenfelt L. 2001. Health, Science and Ordinary Language. Rodopi, Amsterdam.

Norrköpings kommun. 1998. Strategisk plan för äldreomsorgen.

Patton MQ. 2000. Qualitative research and evaluation methods. Sage, Newbury Park, California.

Psykiskt stördas villkor. Socialutskottets betänkande SoU 28 1993/94.

Regeringens direktiv 1992:8. Direktiv till Prioriteringsutredningen.

Regeringens direktiv 1995:158. Direktiv till Nationella folkhälsokommittén.

Regeringens proposition 1981/82:97. Hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Regeringens proposition 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Roos JP. 1988. Elämäntavasta elemäkertaan/Från levnadssätt till biografi. Gummerus, Jyväskylä.

Sahlin J. 2000. *Hälso- och sjukvårdslagen, med kommentarer*. Sjätte uppl. Norstedts Juridik AB, Stockholm.

Socialstyrelsen. 2001. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Lägesrapport 2001. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialtjänstlagen (1980:100).

Socialutskottets betänkande. Psykiskt stördas villkor. SoU 28 1993/94.

SOU 1995:5 Vårdens svåra val. Prioriteringsutredningens slutbetänkande.

SOU 2000:91 Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan.  
Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén.

Stryker S, Stratham, A. 1985. Symbolic interaction and role theory. I G. Lindzey & E. Aronson (red.): Handbook of social psychology. Random House, New York.

Svenska kommunförbundet. 2001. Rekrytera och behålla – en utmaning.  
Stockholm: Svenska kommunförbundet.

Svensson T, Gustavsson U, Ohadian E. 1993. Särskilt äldreboende som livsmiljö. En studie om att leva och bo i sjukhem, ålderdomshem och servicehus. I U. Lundh, T. Svensson, U. Gustavsson, E. Ohadian: Ålderdom, liv och boende. Mimer, rapport 5, 1993. Norrköpings kommun, Norrköping.

Szebehely M. 1995. Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten. Arkiv, Lund.

Tornstam L. 1998. Åldrandets socialpsykologi. Prisma, Stockholm.

Turner JH. 1991. Structural role theory. I J. H. Turner (red.): The structure of sociological theory. Wadsworth Publishing Company, Belmont, California.

Vadstena kommun. Omsorgsplan för Vadstena kommun 1998-2001, 1998.

Waerness K. 1983. Kvinnor och omsorgsarbete. Prisma, Stockholm.

Waerness K. 1984. The rationality of caring. Economic and industrial democracy, 5, 2, 185-211.

Waerness K. 1990. Informal and formal care in old age: What is wrong with the new ideology in Scandinavia today?. I C. Ungerson (red.): Gender and caring. Harvester Wheatsheaf, London.

Wallace JB. 1994. Life stories. I J. F. Gubrium & A. Sankar (red.): Qualitative methods in ageing research. Sage, London.

Åtvidabergs kommun. Äldreomsorgsplan för Åtvidabergs kommun 1997-2005, 1997.

Öberg P. 1997. *Livet som berättelse*. Uppsala dissertations from the faculty of social sciences 62. Acta universitatis upsaliensis, Uppsala.

Ödeshögs kommun. Äldreomsorgsplan 2000-2005, 2000.

## **PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE**

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. Peter Garpenby.

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*. Per-Erik Liss.

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*.

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*. Mari Broqvist.

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*. Peter Garpenby.

2002:4 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*. Per-Erik Liss.

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*. Anders Anell.

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Anders Melin.

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort.

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Peter Garpenby.

2003:4 *Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen*. Gunhild Hammarström.

2003:5 *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg*. Karin Lund.

2003:6 *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*. Mari Broqvist.

2003:7 *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*. Anna T Höglund.

2003:8 *Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar*. Malin Kernell-Tolf, Karin Bäckman och Per Carlsson.



- 2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.
- 2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala.*  
Li Bennich-Björkman.
- 2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.*  
Mari Broqvist.
- 2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.
- 2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie.* Kerstin Blomqvist
- 2004:6 *Hinder och möjligheter att använda hälsoekonomiska analyser inom omvårdnad - en litteraturstudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson, Lars Lindholm, Birgitta Engström.
- 2004:7 *Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningssätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende.* Gunhild Hammarström.
- 2004:8 *Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet.* Peter Garpenby.
- 2004:9 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård — en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan.* Per-Erik Liss.
- 2005:1 *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läke-medelsförmånsnämnden.* Anders Anell och Sandra Jansson.
- 2005:2 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder.* Per Carlsson (red.), Anders Anell, Sandra Jansson, Peter Garpenby, Per-Erik Liss, Karin Lund.
- 2005:3 *Befolkningsdialog kring prioriteringar i Region Skåne.* Per Rosén.
- 2005:4 *Utvärdering av implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i fyra landsting och regioner. Första delen.* Peter Garpenby, Anna Andersson, Sven-Olof Junker.

2005:5 *Hur påverkas sjukvården i praktiken? Utvärdering av Socialstyrelsens riktlinjer för prioritering av hjärtsjukvård: Utgångsläget 2001 – 2003.* Mikael Rahmqvist, Lars-Åke Levin.

2005:6 *Prioriteringar i vårdens vardag - intervjustudie med vårdpersonal i Lycksele och Halmstad.* Ingrid Karlsson, Ann-Louise Lyrén.

2005:7 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Katrin Lindroth, Per Carlsson.

2005:8 *Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser i hälso- och sjukvården.* Sven Larsson.

2005:9 *Öppna politiska prioriteringar av hälso- och sjukvård – rapportering från ett seminarium.* Mari Broqvist, Per Carlsson, Catrine Jacobsson, Erling Karlsson, Karin Lund.

2005:10 *Rättvisa prioriteringar i äldreomsorgen - dokumentation av ett pilotprojekt.* Per Rosén.

2006:1 *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi. Del I. Mål och prioriteringar.* Per-Erik Liss.