

**BEHOV ELLER KOSTNADSEFFEKTIVITET**  
**- Vad ska avgöra prioriteringar inom**  
**hälso- och sjukvården?**

***Lars Bernfort***

**PrioriteringsCentrum**

**2003:2**

ISSN 1650-8475

Lars Bernfort är verksam vid Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) i Linköping.

---

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

I Prioriteringscentrums uppdrag ingår att förmedla kunskap av betydelse till grupper verksamma inom hälso- och sjukvården och till andra intresserade. Denna rapport utgör ett exempel på hur forskningsresultat från universitet kan föras ut till bredare grupper. Rapporten är en översatt och förkortad version av författarens avhandling "Setting Priorities in Health Care – Studies on Equity and Efficiency" som framlades vid tema Hälsa och samhälle, Linköpings universitet i december 2001. Rapporten behandlar ett fördelningsproblem inom hälso- och sjukvården som samtidigt kan beskrivas som ett generellt problem inom samhällsfilosofin. Problemet berör frågan om hur avvägningen mellan, å ena sidan, hur stor mängd nyttigheter som samhället bör producera, och å andra sidan, hur fördelningen av dessa nyttigheter bör se ut. En satsning på maximal produktion av nyttigheter kan leda till en ojämn fördelning eller försöken att åstadkomma en jämn fördelning kan leda till reducerad mängd av nyttigheter. När det gäller fördelning av hälso- och sjukvård kan problemet uttryckas som en konflikt mellan effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser och en jämlik fördelning av resurserna.

En växande insikt om att hälso- och sjukvårdens resurser inte är tillräckliga för att kunna tillgodose alla förväntningar har resulterat i diskussioner om hur vi bäst kan hantera gapet mellan tillgängliga resurser och existerande vårdbehov. Rapporten bygger på antagandet att rationella och välgrundade beslut är nödvändiga för att fördela de otillräckliga resurserna på ett försvarbart sätt och att prioriteringsbeslut i någon form blir oundvikliga. Att besluten är välgrundade innebär att de är baserade på en genomtänkt värdegrund. Prioriteringsutredningen presenterade i sitt slutbetänkande en etisk plattform bestående av de tre principerna människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna och dess implikationer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården har uppmärksammats och debatterats. Bland annat har konflikten mellan behovs- eller solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen diskuterats. Prioriteringsutredningen rangordnade principerna på så sätt att behovs- eller solidaritetsprincipen går före kostnadseffektivitetsprincipen. Detta ger intrycket att de båda principerna nödvändigtvis är oförenliga. Detta intryck utmanas i denna rapport som redovisar resultaten från en studie där syftet har varit att undersöka konfliktens natur.

Linköping den 27 januari 2003

Per-Erik Liss

Per Carlsson



## SAMMANFATTNING

Gapet mellan behov och resurser inom hälso- och sjukvården gör tillsammans med det faktum att marknaden inte fungerar för att fördela vårdens tjänster att beslut om prioriteringar måste fattas genom planering. Sådana beslut bör för att vinna acceptans och legitimitet vara genomtänkta och baserade på värdegrunder med bred förankring i befolkningen. De värdegrunder som i detta sammanhang främst bör beaktas är de som kommer till uttryck i medicin- och vårdetik, prioriteringsutredningens riktlinjer samt hälso- och sjukvårdslagen. Resonemang om prioriteringsgrunder leder oftast fram till principerna rättvisa eller effektivitet. Rättvisa i prioriteringen av hälso- och sjukvård avser rimligast en fördelning efter behov medan effektivitet bör tolkas i termer av kostnadseffektivitet. De båda prioriteringskriterierna behovsrättvisa och kostnadseffektivitet anses ofta som oförenliga, något som inte minst visas av prioriteringsutredningens strikta rangordning i vilken behovsprincipen ges absolut företräde framför kostnadseffektivitetsprincipen.

I denna rapport utmanas uppfattningen om en absolut konflikt mellan dessa begrepp, och därmed det nödvändiga i en strikt rangordning, mellan behov och kostnadseffektivitet. För att skapa en förståelse för de båda prioriteringskriterierna redogörs i rapporten för dess bakomliggande teorier samt för rimliga innebörder av olika centrala begrepp.

När det gäller rättvisa tas utgångspunkten i Rawls teori om rättvisa som närmast är att betrakta som inriktad på jämlikhet. Den rimligaste tolkningen av Rawls teori tillämpad på den svenska sjukvården är att vårdens resurser skulle fördelas efter behov så att den person som har störst behov kommer i första hand. Behovsbegreppet relateras i prioriteringsutredningen till hälsa och livskvalitet där graden av inskränkning i dessa variabler styr behovets storlek. Behov kan dock definieras på olika sätt och i denna rapport har en teleologisk tolkning ansetts som rimligast. Enligt en sådan tolkning anses behov existera av något om detta är nödvändigt för ett visst ändamål. Inom hälso- och sjukvården är det rimligt att tolka behov som ett gap mellan det tillstånd som råder och ett mål som satts upp. Behovet avser rimligen vård(resurser) och målet borde vara att uppnå en förbättrad hälsa eller ett ökat välbefinnande. Gapet skulle alltså kunna utgöras av skillnaden mellan det rådande hälsotillståndet och ett hälsotillstånd som satts upp som mål. För att kunna tillämpa en sådan behovsprincip är det nödvändigt att på en och samma hälsoskala kunna mäta och fastställa såväl det rådande tillståndet som målet. För att behov av en vårdinsats ska existera krävs dessutom att insatsen är verksam, d.v.s. har en gynnsam effekt på hälsan.

Kostnadseffektivitet har sin grund i välfärdsekonomisk teori, för vilken utilitaristisk moralteori utgör en viktig värdegrund. Den välfärdsekonomiska

teorin och utilitarismen är viktiga influenser för den hälsoekonomiska disciplinen och dess utvärderingar. Syftet med sådana utvärderingar är att finna den lösning som maximerar den hälsorelaterade nyttan.

Rättvisa och kostnadseffektivitet som begrepp tycks alltså fokusera på olika saker, hälsa respektive nytta, vilket gör det i högsta grad relevant att närmare studera olika begrepp som är kopplade till sjukvårdens resultat. Det finns två huvudinriktningar när det gäller hälsobegreppet, dels en biologisk/biostatistisk och dels en holistisk. Ett biologiskt synsätt har traditionellt dominerat inom den medicinska professionen. Boorses biostatistiska hälsobegrepp där hälsa jämföras med statistisk normalitet i biologiska funktioner har erhållit mycket uppmärksamhet och ligger ganska nära den traditionella medicinska uppfattningen. På senare år har dock en mer omfattande syn på hälsa blivit allt mer framträdande. Denna holistiska syn på hälsa inkluderar mer än bara biologiska funktioner då även människors förmåga att fungera i olika avseenden, socialt, fysiskt, psykiskt, arbetsmässigt etc, vägs in. Nyttobegreppet betraktas i termer av subjektiva autonoma preferenser, d.v.s. att det är människors egna önskemål och värderingar som avgör värdet av t.ex. en vårdinsats.

Hälsa och nytta ses ibland som väldigt likartade, nästan som olika benämningar på samma sak. Av denna rapport framgår att man inte bör blanda samman dessa båda begrepp då de inte kan anses spegla samma aspekter av sjukvårdens resultat. Det finns också ett antal olika sätt att mäta resultaten – kliniska riskindikatorer för biologiskt orienterad hälsa, psykometriska instrument som kan anses indikera holistisk hälsa, metoder för fastställande av QALY-vikter som motsvarar hälsorelaterade preferenser.

Ovanstående metoder har i annat sammanhang jämförts för att få åtminstone en preliminär bild av relationen mellan de båda begreppen hälsa och nytta. Resultatet av denna analys visade att marginalnyttan av hälsa är avtagande, d.v.s. att ju bättre hälsa desto mindre blir nyttotillskottet av en given hälsoförbättring. Detta innebär i sin tur att den antagna konflikten mellan rättvisa (hälsorelaterat behov) och kostnadseffektivitet (nyttomaximering) mildras. Slutsatsen i denna rapport är att de etiska principerna rättvisa uttryckt som behov och kostnadseffektivitet inte står i direkt motsatsställning till varandra så att rangordning krävs. Då båda principerna är både viktiga och önskvärda att inkludera i prioriteringsarbetet är det förmodligen bättre att söka en rimlig avvägning mellan dem än att välja att helt följa en princip på bekostnad av den andra.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. GAPET MELLAN BEHOV OCH RESURSER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN .....</b>	<b>1</b>
1.1 VARFÖR MARKNADSLÖSNINGAR INTE LÄMPAR SIG FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD .....	2
1.2 DE OFRÅNKOMLIGA PRIORITERINGARNA .....	4
1.3 VÄRDEGRUNDER I PRIORITERINGSPROCESSEN .....	5
<b>1.3.1 Medicin- och vårdetiska principer</b> .....	5
<b>1.3.2 Den svenska prioriteringsutredningen och hälso- och sjukvårdslagen</b> .....	7
1.4 RAPPORTENS SYFTE .....	9
1.5 AVGRÄNSNINGAR OCH DISPOSITION .....	10
<b>2. PRIORITERING EFTER BEHOV/RÄTTVISA .....</b>	<b>11</b>
2.1 EGALITARISM .....	11
<b>2.1.1 Rawls teori om rättvisa</b> .....	11
2.2 BEHOV .....	13
<b>2.2.1 Begreppet behov</b> .....	14
<b>2.2.2 Behovets mål</b> .....	15
<b>2.2.3 Behov av hälso- och sjukvård</b> .....	16
<b>2.2.4 Tillämpning och mätning av vårdbehov</b> .....	18
2.3 SLUTSATSER .....	19
<b>3. PRIORITERING EFTER KOSTNADSEFFEKTIVITETS-PRINCIPEN .....</b>	<b>20</b>
3.1 UTILITARISM SOM ETISK VÄRDEGRUND .....	20
3.2 VÄLFÄRDSEKONOMISK TEORI .....	22
3.3 HÄLSOEKONOMISKA UTVÄRDERINGAR .....	23
<b>3.3.1 Kostnads-intäkts analyser</b> .....	24
<b>3.3.2 Kostnads-effekt- och kostnads-nytt analyser</b> .....	25
3.4 SLUTSATSER .....	27
<b>4. BEGREPPEN HÄLSA, NYTTA OCH LIVSKVALITET .....</b>	<b>28</b>
4.1 BOORSES HÄLSOBEGREPP .....	29
4.2 HOLISTISKA HÄLSOBEGREPP .....	30
<b>4.2.1 Nordenfelts holistiska hälsobegrepp</b> .....	30
4.3 DEN KLINISKA SYNEN PÅ HÄLSA .....	32
4.4 NYTTA OCH LIVSKVALITET .....	33
4.5 RELATIONER MELLAN DE OLIKA HÄLSORELATERADE BEGREPPEN .....	33
4.6 SLUTSATSER .....	35
<b>5. MÄTNING AV SJUKVÅRDENS RESULTAT .....</b>	<b>36</b>
5.1 KLINISKA MÅTT/INDIKATORER .....	36
5.2 PSYKOMETRISKA HÄLSOMÄTNINGSINSTRUMENT .....	37
5.3 MÄTNING AV HÄLSORELATERADE PREFERENSER .....	39
<b>5.3.1 Metodologiska problem</b> .....	41
5.4 METODER FÖR MÄTNING AV VÅRDENS EFFEKTER – VAD MÄTS? .....	43
<b>5.4.1 Medicinska mått/indikatorer</b> .....	43
<b>5.4.2 Psykometriska instrument</b> .....	44
<b>5.4.3 Mätning av hälsorelaterade preferenser</b> .....	44
5.5 SLUTSATSER .....	46
<b>6. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS MÅL .....</b>	<b>48</b>
6.1 HUR SKA FÖREKOMSTEN AV OLIKA MÅLSÄTTNINGAR HANTERAS? .....	50
6.2 SLUTSATSER .....	53
<b>REFERENSER .....</b>	<b>55</b>





# 1. GAPET MELLAN BEHOV OCH RESURSER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Diskussionen om vilka principer som bör vägleda prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården har intensifierats under de senaste decennierna. Skälen till detta är att befolkningens upplevda behov av hälso- och sjukvårdstjänster inte kan, och aldrig har kunnat tillgodose fullt ut. Detta faktum har blivit allt mer uppenbart (Ham 1997). Skillnaden mellan förr och nu är att prioriteringsbeslut förr fattades implicit, utan insyn från andra än läkare (Klein m.fl. 1995).<sup>1</sup> Dessa förhållanden väckte tidigare få protester, delvis beroende på att läkare ansetts bäst lämpade att fatta dylika beslut, och delvis beroende på att problemet med begränsade resurser inte varit allmänt känt.

Den ökade angelägenhetsgraden av mer öppna prioriteringar beror dels på att gapet mellan behov och resurser inom hälso- och sjukvården upplevs som större, och dels på ett ökat engagemang i hälso- och sjukvårdsfrågor från allmänhet och media. Resursproblemet är beroende av dels ökade kostnader för hälso- och sjukvården, både i absoluta termer och i relation till bruttonationalprodukten (BNP),<sup>2</sup> och dels det nödvändiga i att minska de offentliga utgifterna på grund av ansträngda statsfinanser.<sup>3</sup> Tillsammans har dessa utvecklingsriktningar resulterat i sparkrav för hälso- och sjukvården. Det vidgade gapets huvudsakliga förklaring är dock troligen den stora ökningen av befolkningens upplevda behov av hälso- och sjukvård. Upplevda behov av hälso- och sjukvård förklaras vanligen av faktorer som kan delas upp i *efterfrågefaktorer*, *behovsfaktorer*, och *utbudsfaktorer* (Abel-Smith & Maynard 1979).

*Efterfrågefaktorer* är relaterade till samhällsstrukturen och människors levnadssätt. Exempel på sådana faktorer är: bättre utbildning ökar människors förmåga att inhämta information om hälsorelaterade frågor vilket gör dem mer benägna att ställa krav på vården; en högre andel kvinnor förvärvsarbetar, vilket medför att omfattningen av den informella vården utförd i hemmet minskar.

*Behovsfaktorer* består av faktiska förändringar i befolkningens demografi. En befolkning i vilken medelåldern ökar eller i vilken en allt större andel av

---

<sup>1</sup> I referensen förs en diskussion om incitament för att behålla prioriteringsbeslut implicita.

<sup>2</sup> Denna trend har emellertid brutits. I Sverige ökade hälso- och sjukvårdens andel av BNP från 4.7% till 9.5% mellan 1960 och 1980. Därefter dämpades kostnadsökningen, och sedan mitten av 1980-talet har hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP minskat (Jönsson & Rehnberg, 1987 s.12). Under 1990-talet har andelen av BNP varit mer eller mindre konstant, 1998 var den 7.4% (Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2000).

<sup>3</sup> Diskussionen i denna rapport rör huvudsakligen svenska förhållanden, och i Sverige var statens finanser ansträngda under tidigt 1990-tal.

befolkningen tillhör de allra äldsta åldersgrupperna, kan förväntas vara förknippad med mer sjuklighet och därmed ett större faktiskt behov av hälso- och sjukvård.<sup>4</sup>

*Utbudsfaktorer* handlar huvudsakligen om den snabba medicinska och tekniska utvecklingen som gör det möjligt att behandla allt fler tillstånd av ohälsa (SOU 1996:163, s.16), men som ofta också är förknippade med stora kostnader. Detta fenomen kan hänföras till både efterfrågefaktorer och utbudsfaktorer. Efterfrågan ökar eftersom vissa sjukdomsgrupper som tidigare inte haft någon behandling att efterfråga nu har det som ett resultat av medicinsk-teknologisk utveckling.

### **1.1 Varför marknadslösningar inte lämpar sig för hälso- och sjukvård**

Varor, tjänster, och andra ”nyttigheter” kan fördelas med hjälp av prismekanismen på fria marknader.<sup>5</sup> Givet att vissa villkor för perfekt konkurrens är uppfyllda så uppnås automatiskt effektivitet på marknaden.<sup>6</sup> Enligt neo-klassisk nationalekonomi reflekteras värdet av varor, tjänster och nyttigheter i marknadspriserna.<sup>7</sup>

Förespråkare för mer marknadslösningar för att fördela hälso- och sjukvårdens tjänster kan luta sig mot libertarianska ideal, bäst exemplifierade med Nozicks teori om moral och rättvisa.<sup>8</sup> Teorin baseras på den moraliska principen frihet, det vill säga att en moraliskt acceptabel lösning uppnås så länge alla individers okränkbara rättighet att bestämma över sina liv och sin egendom kan upprätthållas (Nozick 1974). Detta förutsatt att egendomen införskaffats på ett rättmätigt sätt, genom antingen ursprungligt förvärv eller överföring. En rättvis fördelning uppnås genom en procedur som uppfyller dessa krav. Ojämligheter i fördelningen av resurser, förmågor, eller någonting annat som denna procedur

<sup>4</sup> I Sverige har den förväntade medellivslängden vid födseln ökat mellan 1990 och 2000 från 74.8 till 77.4 år för män och från 80.4 till 82.0 år för kvinnor (Befolkningsstatistik 2001, www.scb.se. Andelen av befolkningen som är över 80 år har ökat från 3.2% 1980 till 4.3% 1990 och 4.9% 1999 (www.scb.se).

<sup>5</sup> Det engelska ordet för vad som här avses är ”good” vilket närmast bör anses betyda något som är av godo och som kan översättas som ”nyttighet”. Det behöver alltså inte röra sig om en vara i vanlig mening. För att förenkla används dock i fortsättningen av denna rapport ordet vara för att beskriva detta.

<sup>6</sup> Det vill säga Pareto-effektivitet, som enligt välfärdsekonominns första teorem automatiskt följer av jämvikt på en marknad med perfekt konkurrens. Se till exempel Luenberger (1995).

<sup>7</sup> Den mikroekonomiska teorins grunder behandlas inte utförligt här men kan studeras i valfri nationalekonomisk lärobok, t.ex. Lipsey m.fl. (1990); Luenberger (1995).

<sup>8</sup> Andra tidiga och framträdande förespråkare för libertarianismen var Rothbard och Hospers.

ger upphov till, anses inte som orättvist utan endast olyckligt för de förfördelade. Så länge frihet och frivillighet, tillsammans med andra rättigheter, respekteras så är varje resultat moraliskt försvarbart. Detsamma gäller förstås även sjukdomar och skador, och det behov av hälso- och sjukvårdstjänster som dessa ger upphov till.

Utöver de förväntade och ofta oönskade följderna av ett hälso- och sjukvårdssystem ordnat efter libertarianska grunder kompliceras en sådan lösning av att perfekt konkurrens, som i sin tur leder till allmän konkurrensjämvikt, sällan förekommer. För att perfekt konkurrens ska existera krävs att vissa villkor är uppfyllda (Arrow & Debreu 1954). För det första krävs ett stort antal aktörer, så att alla agerar som pristagare, d.v.s. att ingen aktör har så stort inflytande att den kan påverka priset. Dessutom krävs att producenter som agerar på marknaden inte har teknologier som innebär tilltagande avkastning, att inga *externaliteter*<sup>9</sup> föreligger (varken positiva eller negativa), att inga varor, tjänster eller nyttigheter är allmänna (i meningen att ingen kan exkluderas från konsumtion), och att alla aktörer har perfekt information.

Rena marknadslösningar förekommer sällan oavsett vilken ”vara” som ska fördelas. Skälet härtill är huvudsakligen att förutsättningarna för perfekt konkurrens inte föreligger, och att marknadslösningen följaktligen inte leder till jämvikt. Därför förekommer olika typer av statliga och andra regleringar på de flesta marknader. När det gäller hälso- och sjukvårdstjänster består marknadsmisshandeln huvudsakligen av problem med osäkerhet och ofullständig information, eller snarare *informationsasymmetrier* mellan producenter och konsumenter (Arrow 1963).<sup>10</sup> Detta beror på att efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster i allmänhet är en härledd efterfrågan, patienter (”konsumenter”) vet ofta inte vad de ska efterfråga eller vad det de efterfrågar kan förväntas leda till. Vad patienter egentligen önskar då de efterfrågar hälso- och sjukvård är att bli friska, eller åtminstone friskare. Vårdgivarna, d.v.s. läkare och annan vårdpersonal, har ett informationsövertag i förhållande till patienterna.

Alternativet till marknadslösningen, d.v.s. en administrativ lösning, existerar inte heller ofta i en renodlad form. I stället fördelas de flesta ”nyttigheter” genom en blandning av marknad och administration. Hälso- och sjukvårdstjänster fördelas huvudsakligen genom en administrativ lösning som

---

<sup>9</sup> Med externaliteter avses bieffekter av produktionen eller utbytet av en vara som inte vägs in i marknadspriset. Ett exempel på en externalitet är den förorening som produktionen av vissa varor är förknippad med.

<sup>10</sup> Med informationsasymmetrier avses det faktum att säljare och köpare har olika mycket information. I fallet hälso- och sjukvård anses vanligen köparen/patienten befinna sig i en underlägsen position vad avser information.

innebär att beslut fattas från exempelvis politiskt håll, något som till exempel kan involvera prioriteringsbeslut. Hälso- och sjukvårdstjänster är dock av varierande karaktär vilket gör dem mer eller mindre lämpade för marknadslösningar. Den administrativa ansatsen behandlas vidare i det följande avsnittet.

## **1.2 De ofrånkomliga prioriteringarna**

Gapet mellan resurser och efterfrågan<sup>11</sup> kan elimineras eller åtminstone minskas genom någon av flera tänkbara åtgärder (SOU 1995:5, s.48). Att tillföra hälso- och sjukvården mer resurser är en åtgärd. Andra är rationaliseringar och effektivitetsförbättringar, att göra hälso- och sjukvårdens ansvarsområde snävare, prioriteringar, samt minskade kvalitetsanspråk. Vare sig kvalitetsförsämringar eller snävare ansvarsområde har ansetts vara acceptabelt för att komma till rätta med problemet i Sverige (SOU 1995:5 (kapitel 2)). När resurstillskott, rationaliseringar och effektiviseringar inte är tillräckliga återstår att fördela de knappa resurserna genom medvetna och genomtänkta beslut. Detta kan göras genom antingen ransonering eller prioritering. Ransonering innebär att inte tillgodose behoven fullt ut (Liss 2002). Prioritering handlar om att fatta beslut rörande vilka behov som ska åtgärdas i första hand. I denna rapport är intresset i fortsättningen inriktat på prioriteringar.

Prioriteringar kan ske på olika sätt. Ett är att vårdgivare, d.v.s. läkare och annan vårdpersonal, svarar för prioriteringar efter bästa förmåga genom att använda till exempel tumregler eller att tillämpa en ”först till kvarn”-princip. Ett annat är att politikerna formulerar mål för vårdens verksamhet, som rimligen baseras på grunder som anses lämpliga för prioritering. Dessutom kan regler och principer formuleras för hur prioriteringsarbetet mera konkret ska utföras.

Frågan om huruvida och till vilken grad grunderna för prioritering ska vara explicita anses ofta vara betydelsefull. Med explicita grunder menas att de är tydligt uttryckta. Med implicita grunder menas att de inte är direkt utsagda men underförstådda. För att vara explicita måste prioriteringsgrunderna med andra ord formuleras och därför rimligen baseras på medvetna ställningstaganden. Öppenhet i prioriteringsarbetet är en delvis annan fråga. Öppna prioriteringar förutsätter explicita grunder för att vara meningsfulla, men följer inte nödvändigtvis därav. Det går att tänka sig explicita (uttalade) prioriteringsgrunder utan att de är öppna, i meningen synliggjorda för allmänheten. Det torde däremot vara svårt att tänka sig motsatsen, d.v.s. implicita (outtalade) prioriteringsgrunder som är öppna för allmänheten.

---

<sup>11</sup> Eller om man så vill ”upplevda behov”.

Explicita/implicita prioriteringar är således inte detsamma som öppna/slutna även om begreppen ibland används synonymt.

Det som är av intresse i denna rapport är främst huruvida prioriteringar är baserade på medvetna beslut, även om också öppenhet anses önskvärt. Måluppfyllelse enligt denna definition förutsätter genomtänkta och medvetet formulerade principer som ska följas. Det är dessa principer som denna rapport egentligen handlar om.

### **1.3 Värdegrunder i prioriteringsprocessen**

Prioriteringar måste baseras på någon värdegrund, där vissa hänsyn och förhållanden beaktas. Hit räknas medicin- och vårdetiska principer, som präglar vårdens praktik, den svenska parlamentariska prioriteringsutredningens resultat, som speglar politiska ambitioner, och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som fastslår juridiska villkor. Föreslagna etiska grunder är inte i alla stycken förenliga, varför frågan om vilka grunder som ska vägleda beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården har debatterats livligt. Nedan redovisas de vanligaste principerna (Harrison 1995, SOU 1995:5 (kapitel 10), Beauchamp & Childress 1994).

- Lotteriprincipen
- Efterfrågeprincipen
- Autonomiprincipen
- Icke-skada principen
- Göra gott principen
- Människovärdesprincipen
- Rättvis principen (behovs- och solidaritetsprincipen)
- Nyttoprincipen (kostnadseffektivitetsprincipen)

De två principer som oftast anses rimliga som grund för en strategi avseende hur resurserna bör fördelas inom hälso- och sjukvården är behovs-/solidaritetsprincipen, med sina inneboende strävanden efter effektivitet respektive jämlikhet och kostnadseffektivitetsprincipen (t.ex. Cuadras-Morato m.fl. 2001). Dessa är också de två tillvägagångssätt som fokuseras på i denna rapport. Dessa ska först analyseras och diskuteras utifrån medicinets principer.

#### **1.3.1 Medicin- och vårdetiska principer**

Medicin- och vårdetik har stark inverkan på hur hälso- och sjukvården bör organiseras och fördelas, särskilt med avseende på professionernas syn på dessa

saker. Mycket av modern medicin- och vårdetisk diskussion utgår från idén om fyra grundläggande principer (Beauchamp & Childress 1994):

- Autonomi
- Icke-skada
- Göra gott
- Rättvisa

Dessa fyra principer kan ses som ett försök till kompromiss mellan *konsekvensetik* och *pliktetik*.<sup>12</sup> Dessa två etiska inriktningar med sina olika utgångspunkter för bedömning av etiskt innehåll har ofta ansetts stå i konflikt med varandra. De fyra grundläggande principerna valdes och formulerades med målsättningen att dessa skulle accepteras av såväl dem som fokuserar på konsekvenser som dem som fokuserar på plikt vid den etiska bedömningen.

Autonomiprincipen säger att alla människor har en moralisk skyldighet att respektera andras rätt till självbestämmande. Enligt icke-skada principen har alla människor en skyldighet att inte skada andra. Göra gott principen innebär att alla människor har en moralisk skyldighet att minska och förhindra lidande, och i viss utsträckning att öka välbefinnande hos andra människor. Rättvisepincipen säger att alla människor har moralisk skyldighet att agera rättvist mot andra när det gäller fördelning av knappa resurser.

Autonomiprincipen och Icke-skada principen ger ingen direkt vägledning för prioriteringsbeslut. De återstående två principerna, Göra gott principen och Rättvisepincipen, har en tydligare koppling till prioriteringsproblematiken. Göra gott principen kan tolkas som att den föreskriver effektivitet i termer av kostnadseffektivitet inom vården, d.v.s. att resurserna bör användas så att de minskar lidande och främjar välmående i mesta möjliga mån. Kopplingen mellan rättvisepincipen och prioriteringsprocessen är ännu tydligare då denna princip föreskriver att resurserna ska fördelas rättvist, något som vanligen tolkas i termer av jämlikhet.

Rättvisa är ett mångtydigt begrepp och strävan efter rättvisa i dess vanligaste tolkningar anses ofta vara i konflikt med strävan efter effektivitet i termer av kostnadseffektivitet, som kan tolkas in i Göra gott principen. Konflikten som allmänt anses föreligga mellan rättvisa, i termer av jämlikhet, och effektivitet såsom ekonomisk teori föreskriver, kan alltså även anses föreligga mellan dessa två etiska principer.

---

<sup>12</sup> Konsekvensetiska teorier bedömer handlingars etiska status efter dess konsekvenser, d.v.s. om utfallet av en handling blir bra så är handlingen etiskt försvarbar. I pliktetiska teorier bedöms istället handlingars etiska status utifrån om de är utförda pliktmässigt.

Kravet att hälso- och sjukvården ska utformas på ett sätt som upplevs som rättvist har även andra ursprung. I ohälsa och sjukdom ligger risken för allvarliga begränsningar i förmågan att leva ett värdigt och tillfredsställande liv. Därtill kommer att många tillstånd av ohälsa drabbar människor utan deras egen förskyllan. Dessa två faktorer gör det viktigt att, i mesta möjliga mån och utan urskillning, kunna erbjuda alla människor den vård de behöver för att om möjligt förbättra sin hälsa.<sup>13</sup> Ett annat förhållande som ökar kraven på att vården upplevs som rättvis är att den svenska sjukvården till den allra största delen är offentligt finansierad. För att bevara förtroendet för vården, och vidmakthålla viljan till solidarisk finansiering, är det viktigt att vården organiseras och fördelas på ett sätt som överensstämmer med människors förväntningar. Dessa innebär bland annat att vården i mesta möjliga mån uppfattas som rättvis (Sjukvården i Sverige 1998, s.10).

### **1.3.2 Den svenska prioriteringsutredningen och hälso- och sjukvårdslagen**

I en diskussion om grunder för prioritering och resursfördelning inom den svenska vården är det nödvändigt att ta hänsyn till de juridiska villkor och politiska ambitioner som råder. De juridiska villkoren är fastställda i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

HSL är en ramlag där grunderna för hälso- och sjukvårdens verksamhet formuleras, med avseende på grundläggande principer och verksamhetens mål. HSL vägleder den medicinska praktiken, i vilken patienten sätts i centrum. Lagen innehåller få specifikationer vad gäller sjukvårdshuvudmännens ansvar (d.v.s. landsting och kommun), och den ger inte patienter några individuella rättigheter. Lagen säger ingenting i detalj om hur vården ska organiseras eller hur dess resurser ska fördelas och användas. Denna typ av beslut, och det stora ansvar som därav följer, flyttas över till huvudmännen.

En parlamentariskt sammansatt prioriteringsutredning tillsattes i Sverige 1992 (SOU 1995:5) med huvudsakliga uppgifter att: överväga hälso- och sjukvårdens ansvar, avgränsning och roll i välfärdssamhället; belysa grundläggande etiska principer som kan fungera som ledning för och utgöra en grund för öppna diskussioner och att rekommendera riktlinjer för prioriteringar inom vården.

De viktigaste resultaten av prioriteringsutredningens arbete utgörs av tre grundläggande etiska principer efter vilka prioriteringar inom hälso- och

---

<sup>13</sup> Enligt en undersökning genomförd av Jeffner är det viktigaste i livet för de flesta människor just att vara frisk (Jeffner 1989).

sjukvården ska ske. De tre etiska principerna är hierarkiskt ordnade så att den första är överordnad den andra som i sin tur är överordnad den tredje:

1. Människovärdesprincipen
2. Behovs- och solidaritetsprincipen
3. Kostnadseffektivitetsprincipen

Den första av de tre principerna, människovärdesprincipen, är relativt okomplicerad så till vida att den sällan möts av invändningar. Den är dock av ringa hjälp i prioriteringsarbetet. Tolkningen att ålder aldrig ska kunna vara en grund för prioriteringar har ifrågasatts. Att till exempel inte kunna prioritera en 30-åring före en 80-åring med samma hälsoproblem känns för de flesta märkligt. Problematiken löses dock ofta med hänvisning till ”förväntad medicinsk nytta” som normalt är högre för den yngre personen. Behovs- och solidaritetsprincipen kan sägas innehålla en rättvisesträvan medan kostnadseffektivitetsprincipen innebär en effektivitetssträvan. Det är en spridd uppfattning att en konflikt föreligger mellan rättvisa och effektivitet vid fördelning av samhällsliga resurser (t.ex. Hansson 2001), det vill säga att full rättvisa och full effektivitet inte kan uppnås på en och samma gång. Den framträdande position som de två alternativa prioriteringskriterierna rättvisa och effektivitet har i diskussionen, samt den potentiella konflikten mellan dem, märks också tydligt i de diskussioner som föregick prioriteringsutredningens slutbetänkande.<sup>14</sup> Prioriteringsutredningen valde att ”lösa” problemet genom att ge den ena principen (rättvisa/behov) absolut företräde framför den andra (kostnadseffektivitet), istället för att försöka väga dem mot varandra.

Som en konsekvens av prioriteringsutredningens slutbetänkande ändrades, eller snarare kompletterades HSL (1982:763). Lagens 2§, i vilken målet för all hälso- och sjukvårdsverksamhet föreskrivs, lydde tidigare:

*Målet med alla hälso- och sjukvårdstjänster är en god hälsa och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen.*

Efter förslag från prioriteringsutredningen kompletterades 2§ med:

*Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde, och den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. (1997:142)*

---

<sup>14</sup> Vilket tydligt framgår av de remissvar som inkom efter att prioriteringsutredningens preliminära rapport (SOU 1993:93) cirkulerats för kommentarer. Se till exempel bilaga 2 till den slutliga rapporten (1995:5).



De två högst rangordnade etiska principerna, människovärdesprincipen och behovs-/solidaritetsprincipen, påverkar således direkt HSL:s portalparagraf, i vilken målet med hälso- och sjukvården fastslås. Detta är inte fallet när det gäller kostnadseffektivitetsprincipen, som redan tidigare fanns omnämnd i en annan del av HSL under rubriken ”Allmänna bestämmelser för all hälso- och sjukvård”, 28§, där det sägs att:

*Hälso- och sjukvård bör utföras och organiseras på ett sätt som säkerställer god säkerhet för patienter och hög kvalitet samtidigt som kostnadseffektivitet säkerställs.*

Det faktum att kraven på kostnadseffektivitet placerats utanför HSL:s 2§ gör det rimligt att anta att de i diskussionen om prioriteringar i vården riskerar få en undanskymd roll. I prioriteringsutredningens slutliga rapport anses dock kostnadseffektivitetsprincipen vara av stor vikt, och i förslaget till ny läkemedelsförmån (SOU 2000:86 (kapitel 27)) skriver utredarna att kostnadseffektivitetsprincipen bör inkluderas i HSL:s 2§. Det faktum att kostnadseffektivitetsprincipen anses önskvärd att ta hänsyn till samtidigt som den är underordnad behovs- och solidaritetsprincipen förstärker intrycket av motstående intressen och en möjlig konflikt.

Med tanke på resten av denna rapport kan konstateras att det verkar nödvändigt att fatta beslut om prioriteringar, och att de två rimligaste principerna som föreslagits ligga till grund för sådana beslut är *effektivitet* och *rättvisa*. Rättvisa betraktas vanligen i termer av jämlikhet och operationaliseras ofta genom prioritering efter hälsorelaterade behov, något som tydliggör nödvändigheten av att precisera hälsobegreppet. Effektivitet å andra sidan betraktas vanligen i termer av kostnadseffektivitet. En konflikt antas vanligen föreligga mellan dessa båda principer, vilket gjorde att prioriteringsutredningen och sedermera Riksdagen valde att rangordna dem.

#### **1.4 Rapportens syfte**

Syftet med denna rapport är att analysera principerna behov/rättvisa och (kostnads-)effektivitet för prioritering inom hälso- och sjukvården. Detta för att värdera graden av konflikt mellan dem och för att kunna föra en diskussion om hur de båda principerna bör hanteras.

För att kunna analysera de båda prioriteringsprinciperna beskrivs och analyseras de olika etiska teorier som ligger till grund för de två principerna. Dessa är egalitarism vad gäller behov/rättvisa och utilitarism vad gäller (kostnads) effektivitet. Dessutom görs en genomgång och analys av de mest centrala

hälsorelaterade begreppen; *hälsa*, *nytta*, och *livskvalitet*, samt de möjligheter som finns att mäta dessa. Utan en grundläggande förståelse av bakomliggande teorier och centrala begrepp kan innebörden av och relationen mellan principerna inte till fullo klargöras.

### **1.5 Avgränsningar och disposition**

Resonemanget i rapporten utgår från förhållanden i den svenska hälso- och sjukvården, d.v.s. en sjukvård som är offentligt finansierad och vars fördelning kräver politiska beslut. Rent organisatoriska frågor ligger utanför denna rapports ramar. Utgångspunkten är att det är nödvändigt att prioritera inom vården. För att komma fram till på vilka grunder prioriteringar bör ske, krävs att ställning tas till vilka normer/värderingar vården ska baseras på och vad den ska producera. De definitioner av effektivitet och rättvisa som kommer att användas här är de som enligt bakomliggande teori anses rimligast.

Ovanstående kan uttryckas som att ett mål måste fastställas för verksamheten, ett mål som består av två komponenter: dels *vad* som ska produceras av hälso- och sjukvården och dels *hur* detta något ska fördelas. Frågan om *hur* fördelningen ska ske behandlas i nästkommande två kapitel (2 och 3). I kapitel 2 analyseras rättvisa som har sin etiska grund i egalitarismen, och som i ett vårdsammanhang rimligast tillämpas i termer av behovsrättvisa. I kapitel 3 analyseras effektivitet i termer av kostnadseffektivitet som har sin grund i välfärdsekonomisk teori och den etiska teorin utilitarism. Därefter behandlas frågan om *vad* som ska produceras i kommande två kapitel (4 och 5). I kapitel 4 beskrivs de begrepp som är rimligast att med grund i de etiska teorierna använda för att karakterisera hälsorelaterade tillstånd. Dessa är främst ”hälsa” (men även ”livskvalitet”) när det gäller behov/rättvisa och ”nytta” när det gäller (kostnads) effektivitet. Relationer mellan dessa centrala begrepp analyseras också i kapitlet. I kapitel 5 beskrivs metoder för att mäta dessa hälsorelaterade begrepp. Metoderna analyseras även med avseende på vad de egentligen bör anses mäta, d.v.s. om de mäter de teoretiska begreppen eller inte.

Avslutningsvis följer kapitel 6 som innehåller diskussion och slutsatser, i vilket bland annat vikten av att fastställa mål med verksamheten och frågan om rimliga ambitioner i prioriteringsprocessen lyfts fram.

## 2. PRIORITERING EFTER BEHOV/RÄTTVISA

För att finna ursprunget till den vikt som i dag fästs vid rättvisa inom vården behöver man gå tillbaka till Aristoteles princip om formell rättvisa. Den distinktion som i denna gjordes mellan horisontell rättvisa, d.v.s. att lika ska behandlas lika, och vertikal rättvisa, d.v.s. att olika ska behandlas olika, är grundläggande också för nutida uppfattningar om rättvisa. Olika uppfattningar om rättvisa skiljer sig åt huvudsakligen med avseende på vilka aspekter som anses relevanta vid bedömningen av om människor är lika eller olika, och vad det är som ska fördelas lika eller olika. Aristoteles formella rättvisepincip saknar emellertid egentlig substans då det är oklart hur graden av likhet eller olikhet mellan individer ska fastställas. För att kunna göra detta behövs materiella principer där det anges vad bedömningen ska baseras på.

Utilitarismen var under lång tid den dominerande teorin inom moralfilosofin och därmed också vid diskussioner om fördelning av samhällets resurser. Men utilitarismen accepterades inte av alla som en moralteori enligt vilken samhället kan organiseras. Tvärtom var den föremål för omfattande kritik, men inget fullgott alternativ presenterades förrän 1971 då Rawls presenterade sin teori om rättvisa (Rawls 1971). Denna fördes fram som ett alternativ till och en kritik mot utilitarismen. Rawls teori blev mycket uppmärksam och har fortfarande en framträdande position. Teorin stämmer väl överens med den vanligt förekommande tolkningen av rättvisa i fördelningen av vårdens resurser som är egalitaristisk,<sup>15</sup> d.v.s. att rättvisa tolkas i termer av jämlikhet.

### 2.1 Egalitarism

Egalitaristiska teorier baseras på den etiska principen jämlikhet, något som ska gälla bland samhällets medborgare åtminstone för de mest grundläggande varorna och tjänsterna. Jämlikhetssträvanden brukar gälla sådana saker som inkomster, förmögenheter, utbildningsresurser, och sjukvård. Den mest uppmärksammade teorin som kan sägas falla under benämningen egalitarism är Rawls teori om rättvisa som också har tydliga implikationer för en nationell hälsopolicy. Teorin behandlas därför närmare nedan.

#### 2.1.1 Rawls teori om rättvisa

Rawls teori innehåller två komponenter, dels resonemanget om *den ursprungliga situationen* och dels två rättvisepinciper. Resonemanget om den

---

<sup>15</sup> Exempelvis enligt en rimlig tolkning av prioriteringsutredningens slutrapport, SOU 1995:5.

ursprungliga situationen gör teorin till en kontraktsteori då den bygger på vad människor skulle komma överens om i denna situation. Resonemanget som leder fram till fördelningsprinciper utgår från ett hypotetiskt tankeexperiment som innebär att en *slöja av okunnighet* läggs över självtintresset. Det innebär att ingen individ vet vilken position eller vilka naturliga talanger denne kommer att ha i det kommande samhället. Ett beslut ska utifrån denna okunnighet fattas avseende hur samhället ska organiseras. Alla individer antas ha ett intresse av att förbättra sin egen välfärd men inte känna avund mot dem som har det bättre. I denna *ursprungliga situation* där alla riskerar hamna i någon av samhällets sämsta positioner antas alla rationella individer förespråka en situation där de sämsta positionerna är förknippade med högsta möjliga nivå av välfärd. Fördelningsprincipen som säger att *maximal* välfärd ska erhållas av den *minimalt* gynnade benämnes *maximinprincipen*. Det hypotetiska resonemanget leder fram till två strikt rangordnade rättvisepinciper:

1. Varje person har rätt till det mest vidsträckt system av lika grundläggande friheter som är förenligt med ett likartat system av frihet för alla.
2. Sociala och ekonomiska ojämlikheter ska arrangeras så att de är både: (a) till fördel för de sämst ställda, och (b) förknippade med positioner öppna för alla.

Rawls tänker sig sociala arrangemang, exempelvis en offentlig hälso- och sjukvård, som gemensamma ansträngningar i syfte att göra gott för samhällets samtliga medlemmar. Ojämlikheter med grund i förutsättningar beroende på i vilken miljö man föds, naturliga begåvningar och historiska omständigheter anses orättvisa. Enligt Rawls bör alla vitala ekonomiska varor och tjänster fördelas lika bland samhällets medlemmar, såvida inte en ojämlik fördelning kan förväntas vara till fördel för de med lägst välfärd. Den välfärd som här avses och som är det som ska fördelas enligt maximinprincipen gäller sådana varor och tjänster som kvalificerar sig som ”primära sociala varor och tjänster”. Till dessa räknar Rawls explicit en grundläggande frihet, rätten att röra sig fritt, att själv välja arbete utifrån rättmätigt förtjänade valmöjligheter, att var och en själv får bestämma över sitt handlande och även ta konsekvenserna av detta i form av inkomst, välstånd och social position. Rawls nämner det inte själv men andra har argumenterat för att hälso- och sjukvård implicit bör kunna räknas till dessa ”primära sociala varor och tjänster” (Daniels 1985).

Rättvisa enligt Rawls teori skulle troligen innebära att alla medborgare, oavsett ekonomisk eller social position, erbjuds lika god tillgång till adekvat vård. Detta eftersom sjukdom och ohälsa till stor del drabbar människor utan deras egen förskyllan. Hur mycket av samhällets resurser som skulle användas till vården är en fråga om fördelning på makronivå och beror på hur högt vården värderas jämfört med andra samhällssektorer. Förutom att alla individer ska ha en lika god tillgång till vård skulle Rawls teori enligt den vanligaste tolkningen

föreskriva en fördelning mellan individer baserad på behov av hälso- och sjukvård. Detta skulle kunna innebära att alla har rätt till en medicinsk bedömning via en initial kontakt med vården och att tillgång till vidare behandling bestäms av det bedömda vårdbehovets storlek.

I ett hälso- och sjukvårdssystem organiserat efter Rawls teori skulle statliga interventioner tillåtas, och till och med välkomnas, såvida dessa innebär att de som har störst behov av hälso- och sjukvård gynnas. På så sätt överensstämmer teorin väl med de riktlinjer som presenterats av den svenska prioriteringsutredningen. Det är möjligt att, i enlighet med prioriteringsutredningen, organisera vården huvudsakligen i offentlig regi. Teorin fungerar väl även med avseende på de prioriteringsgrunder som av utredningen anses oacceptabla och den i utredningen inneboende strävan efter jämlikhet. Prioriteringsutredningens mest grundläggande princip, människovärdesprincipen utgör inget problem för Rawls teori och det gör inte heller behovs- eller solidaritetsprincipen som kommer närmast i ordning. Den av de etiska principer som utredningen föreslår som inte är direkt konsistent med Rawls teori är kostnadseffektivitetsprincipen.

Rawls teori om rättvisa kan även ges en tolkning som är i konflikt med prioriteringsutredningens riktlinjer. Rawls andra princip kan användas som argument för att det är fördelaktigt för samhället som helhet att först vårda, helst bota och återföra till arbete de mest produktiva. Detta skulle gynna samhällsekonomin i stort och därför vara till gagn även för de som har det sämst ställt. En sådan strategi kontrasterar dock mot prioriteringsutredningens behovsprincip där det fastslås att de med störst hälso- eller livskvalitetsrelaterat behov, och inte de som är mest produktiva, ska prioriteras.

## **2.2 Behov**

Det vanligast föreslagna sättet att uppnå en rättvis sjukvård är ändå som tidigare konstaterats att fördela vårdens resurser efter behov. Begreppet behov kan dock ges olika innebörder och tillämpning av en behovsprincip kräver ställningstaganden om både *hur* fördelningen ska se ut och *vad* som ska fördelas på detta sätt.

Liss klargör i en filosofisk analys sin syn på behovsbegreppet (Liss 1993). Han menar att istället för att utgå från vad hälso- och sjukvården producerar och hur man på bästa sätt ska fördela detta efter behov, så måste man börja med att fastställa ett mål med verksamheten. Behov utgörs sedan av gapet mellan faktiskt tillstånd och detta mål.

### 2.2.1 Begreppet behov

Behov kan referera till olika typer av fenomen varav de vanligaste är följande:

- Brist eller avsaknad av något som är nödvändigt för ett visst ändamål. Behov i denna ändamålsinriktade mening benämnes vanligen *teleologiskt behov*.
- En kraft eller ett spänningstillstånd i organismen som fungerar som en motiverande drivkraft för ett särskilt beteende, exempelvis nikotinstens behov av tobak eller alkoholists behov av alkohol. Denna betydelse av behov kallas *spännings-behov*.
- Behov kan också referera till vad vi behöver. Till exempel, i uttrycket ”ren luft är ett mänskligt behov” refererar behov till ren luft. I detta fall talas om *behov som ett objekt*.

Liss är kritisk till att betrakta behov *enbart* som ett objekt. Han menar att om behov används synonymt med ”nödvändigt” så blir följden att ”ett objekt (X) är nödvändigt (för personen P)” vilket lämnar frågan om *varför* objektet X behövs eller är nödvändigt obesvarad. För att en definition av behov ska bli meningsfull krävs att behovets syfte eller mål klargörs, det vill säga vad det är som med hjälp av objektet ska uppnås. Alltså; ”Personen P har behov av objektet X för att uppnå målet Y”. Det är på detta sätt behov betraktas i den teleologiska meningen.

Enligt det teleologiska betraktelsesättet är behov ett instrumentellt begrepp som alltid måste vara kopplat till ett mål. Till exempel ”P behöver sjukvård för att bli frisk” där behovets objekt är sjukvård och målet är uttryckt i termer av ”att bli frisk”. För att kunna avgöra om en person P har ett behov av objektet X krävs information om såväl personen i fråga, objektet, samt målet.

Liss talar i sin version av teleologiskt behov om en differens, eller ett gap mellan aktuellt tillstånd och ett mål, eller om man så vill ett önskvärt tillstånd. Ett behov av objektet X föreligger hos personen P enligt detta synsätt om dels en skillnad existerar mellan aktuellt tillstånd för P i en viss situation och målet i samma situation, och dels om X i denna situation är ett nödvändigt villkor för att uppnå målet. För att ett mål ska vara relevant måste aktuellt tillstånd och mål vara jämförbara. Ett tydligt formulerat mål är nödvändigt för att kunna definiera behov på ett sätt som gör det användbart, i till exempel olika typer av social policy såsom i hälso- och sjukvården.

Målformulering är, särskilt om det rör sig om policybeslut som involverar fördelning av samhällsliga resurser, en process som kräver normativa ställningstaganden. Ett förslag på rimligt mål som erhållit ett relativt stort stöd är ”undvikande av skada”. Innebörden av detta är att behov existerar av sådant som

skulle vara skadligt för oss att vara utan (Wiggins 1987). Detta ger dock endast begränsad vägledning och kräver för att bli användbart att det klargörs vad som menas med skadligt.

Skadligt kan i detta sammanhang betyda ett antal olika saker:

- Att inte tillåtas existera och utvecklas i enlighet med vår goda natur (McCloskey 1976).
- Att inte få möjlighet att uppfylla sin livsplan (Miller 1976).
- Att inte kunna tillgodose sina intressen (Thomson 1987).
- Att inte ha möjlighet att uppnå sina vitala mål (Nordenfelt 1987).

När det gäller vad som ska kvalificera som behovsmål, det vill säga vad som ska utgöra grund för exempelvis social policy, brukar endast de viktigaste aspekterna eller delarna av livet anses aktuella. Vilka aspekter som ska anses vara tillräckligt viktiga är inte alltid självklart, och olika slags behov har av olika författare delats in i olika typer av klassificeringar. Följande uppdelning har föreslagits:

1. Biologiska behov (vad vi behöver för överlevnad).
2. Basala behov (vad som behövs för att uppnå en anständig levnadsnivå).
3. Funktionella behov (vad som behövs för att kunna utföra sitt ordinarie arbete).

Tranöy talar i stället för ovanstående indelning om vitala respektive legitima behov (Tranöy 1975). Med vitala behov avses sådant som refererar till ett ”minimum av mänsklig existens” medan legitima behov refererar till självförverkligande. Enligt Tranöy bör människor ha rätt att få sina vitala mål uppfyllda samt rätt att söka tillfredsställelse av sina legitima behov.

### **2.2.2 Behovets mål**

Med utgångspunkt från Liss är en relevant fråga vad som bör utgöra behovets mål, det vill säga vad det är som man med hjälp av hälso- och sjukvårdens resurser önskar uppnå. Målet för hälso- och sjukvården uttrycks exempelvis i prioriteringsutredningen i termer av förbättrad hälsa eller livskvalitet. Begreppen hälsa och livskvalitet preciseras dock inte tillräckligt för att möjliggöra en praktisk tillämpning av behovsprincipen. Behovets storlek ska dock bedömas utifrån sjukdomens eller skadans svårighetsgrad.

Detta gör sammantaget att prioriteringsutredningens behandling av behovsbegreppet är bristfälligt, åtminstone om man tänker sig att det ska vara

praktiskt tillämpbart. I ett sådant fall måste behovens storlek kunna jämföras mellan alternativa resursanvändningar, vilket i sin tur kräver att behoven kan göras mätbara. Krav på mätbarhet medför förstås också krav på att de begrepp som ställs i fokus, till exempel hälsa och livskvalitet, tydligt definieras. Dessutom bör behovets mål närmare preciseras med avseende på vilken nivå av exempelvis hälsa eller livskvalitet som ska uppnås för att behovet ska kunna sägas vara tillfredsställt, samt inom vilken tid detta skall ske.

### **2.2.3 Behov av hälso- och sjukvård**

Hur behovsprincipen ska tillämpas inom hälso- och sjukvården för att där vägleda beslut om prioriteringar beror på hur behovsbegreppet definieras.

#### *Den teleologiska definitionen*

Om utgångspunkten tas i en teleologisk definition, som förordats av t.ex. Liss, måste ett mål för all hälso- och sjukvårdsverksamhet först fastställas (Liss 1993). Vad vill vi ha ut av de resurser som satsas på vården, och vad bör följaktligen behovet av vård baseras på? Om vi antar att målet med hälso- och sjukvården är att generera hälsa måste enligt denna definition alltså både det hälsotillstånd som råder och det tillstånd som utgör målet specificeras och kunna mätas. Målet skulle kunna utgöras av att alla människor ska befinna sig i perfekt hälsa eller att alla människor ska kunna uppnå en annan och lägre hälsostatus, exempelvis sådan att det dagliga livet klaras av utan assistans.

Frågan om vad som bör utgöra hälso- och sjukvårdens mål kräver normativa ställningstaganden. Även om, i prioriteringsutredningens anda, rimliga mål kan anses vara att generera hälsa och livskvalitet så krävs att begreppen hälsa och livskvalitet tydligt definieras för att göra målet mer konkret. Detta återknyts till i kapitel 4.

#### *Behov i den hälsoekonomiska litteraturen*

Bland ekonomer i allmänhet och hälsoekonomer i synnerhet betonas ofta horisontell och vertikal rättvisa, att lika ska behandlas lika och att olika ska behandlas olika. När det gäller hänsyn till fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser inlemmas oftast behovsbegreppet i resonemanget. Tolkningen blir således att personer med lika behov ska ha lika tillgång till sjukvården och att personer med olika behov ska ha olika tillgång till sjukvården. Det råder dock långt ifrån samstämmighet avseende vad behov ska anses innebära. Några av de vanligaste definitionerna är (t.ex. Lyttkens 1994, Culyer & Wagstaff 1993):



- Efterfrågad mängd vid priset=0.
- Hälsostatus.
- Förmåga att tillgodogöra sig vårdinsatser.
- Den minimala mängd resurser som krävs för att uttömma förmågan att tillgodogöra sig vårdinsatser.
- De resurser som bör satsas på en viss person.
- Marginalproduktivitet.

I dessa definitioner fokuseras på behovets objekt, d.v.s. vad som behövs.<sup>16</sup> Här består behovets objekt av sjukvårdsresurser.

*Efterfrågad mängd vård då denna är gratis* kan antas spegla människors önsknings, eller självupplevda behov. Inga restriktioner existerar för människors möjligheter att efterfråga vård, oavsett om de i egentlig mening kan sägas lida av sjukdom eller ohälsa. Definitionen överensstämmer dåligt med vad som vanligen menas med behov av hälso- och sjukvård. Etikens betydelse vid resonemang om prioriteringar inom vården gör det nödvändigt att separera efterfrågan från behov. Definitionen exkluderas därför från vidare diskussion i denna rapport.

*Behov definierat utifrån hälsostatus* innebär helt enkelt att den med sämst hälsa anses ha störst behov av sjukvård. Denna ståndpunkt stämmer väl överens med prioriteringsutredningens, men har andra problematiska inslag. Att utgå enbart från den hälsostatus som råder riskerar leda till omfattande resursslöseri då det är fullt tänkbart att en del av de svårast sjuka också är de som är svårast, kanske rent av omöjligt, att bota eller åtminstone förbättra hälsan på. Det är också oklart om det enbart omfattar patienters upplevelse av ohälsa eller också risk för framtida ohälsa.

*Förmåga att tillgodogöra sig vårdinsatser* bör snarast förstås som ”hälsförbättringspotential” och är tänkt att spegla skillnaden mellan två framtida hälsoprofiler – med eller utan den vård som krävs för att uppnå den högre profilen. Rimligheten i denna definition kan diskuteras då den bland annat kan innebära att yngre personer anses ha större behov än äldre och att icke-handikappade har större behov än handikappade som är drabbade av samma hälsoinskränkning. Detta eftersom yngre och icke-handikappade kan anses ha högre hälsolivå i utgångsläget och därmed kan återföras till en högre nivå om de botas.

*Den minimala mängd resurser som krävs för att uttömma förmågan att tillgodogöra sig vårdinsatser* innebär att behov av vård existerar till dess att

---

<sup>16</sup> Förutom definitionen ”hälsostatus”.

marginalprodukten är lika med noll. Fördelarna med denna definition skulle vara att det framgår hur mycket vårdresurser en person behöver och att resurserna används effektivt (Culyer & Wagstaff 1992). Att utgångspunkten är den minimala mängd resurser som krävs innebär att en viss hälsoförbättring alltid ska uppnås till lägsta möjliga kostnad och att resursslöseri ska undvikas. Hur olika individers behov ska vägas mot varann är något oklart. En möjlig konsekvens är att den vars "minimala mängd resurser" är störst också är den som anses ha störst behov. Om resurserna är otillräckliga för att täcka alla behov så kan resurserna fördelas så att antingen bara vissa personer tilldelas resurser eller så att resurserna fördelas i relation till vårdbehovens storlek. Det sistnämnda skulle kunna innebära att ingen blir färdigvårdad, vilket måste anses som ett realistiskt alternativ. Det förstnämnda skulle å andra sidan kunna innebära att endast de som är dyrast att behandla erhåller vård, något som går tvärt emot syftet som det rimligen bör tolkas och som leder till omfattande slöseri med resurser. Definitionen blir därigenom problematisk och etiskt tveksam, och utesluts därför från vidare diskussion här.

*Behov definierat som de resurser som bör satsas på en viss person* är en normativ definition, oftast med det slutgiltiga målet att alla personer ska uppnå en lika hög nivå av hälsa. Trots att definitionen är sympatisk och på så sätt tilltalande saknas den konkretisering som är nödvändig för tillämpning. Den utesluts därför också från vidare diskussion.

*Behov som marginalproduktivitet* är ett effektivitetskriterium som innebär att resurserna alltid ska satsas där de på marginalen åstadkommer så mycket som möjligt av eftersträvarde effekter, till exempel hälsa. Följden blir att befolkningens totala hälsa maximeras. Det faktum att ingen hänsyn tas till fördelningsaspekten gör den oförenlig med prioriteringsutredningen och etiskt tveksam varför inte heller denna definition behandlas vidare här.

#### **2.2.4 Tillämpning och mätning av vårdbehov**

Resultatet av ovanstående resonemang är att de definitioner av behov som anses relevanta är *teleologiskt behov*, *behov som aktuell hälsostatus*, och *behov som förmågan att tillgodogöra sig vårdinsatser*. Teleologiskt behov kan sägas inkludera de andra två definitionerna.

För att kunna tillämpa behovsprincipen, enligt någon av dess möjliga innebörder, som grund för prioriteringsbeslut måste behov av vård kunna mätas. Man behöver också ta ställning till om resurserna ska fördelas i proportion till graden av behov eller om vissa grupper eller typer av behov ska ges företräde.

Att tillämpa behovsprincipen enligt en teleologisk tolkning kräver mycket information, då både det tillstånd som råder och målet måste både fastställas och dessutom kunna mätas på en och samma skala. Vårdinsatsers betydelse för möjligheterna att uppnå målet, d.v.s. behandlingars potential att förbättra patienters hälsa, måste också fastställas i varje enskilt fall. Som alternativ till det omfattande arbete som skulle krävas för att tillämpa en teleologisk behovsdefinition används ibland mer begränsade definitioner för praktiska ändamål. Exempel på sådana är de som förekommer inom den ofta mer pragmatiska hälsoekonomiska litteraturen och som beskrivits ovan. Samtliga dessa definitioner överensstämmer endast delvis med den teleologiska. Behov som initial hälsostatus liknar prioriteringsutredningens resonemang och inkluderar den del av den teleologiska definitionen som handlar om det hälsotillstånd som råder. Kravet är att alla tänkbara hälsotillstånd kan mätas enligt en och samma skala.

Om istället behov av vård förstått som förmågan att tillgodogöra sig vårdinsatser används är man helt fokuserad på den del av den teleologiska definitionen som handlar om vårdinsatsernas bidrag till måluppfyllelsen. Resursfördelningen skulle helt bestämmas av hur enkelt och billigt det är att behandla olika tillstånd. Både det tillstånd som råder och målet saknas i denna definition och för att vara tillämpbar skulle det krävas att vårdens förmåga att förbättra hälsan måste utvärderas för varje enskilt tillstånd (av ohälsa). En central aspekt är nödvändigheten av att på ett relevant sätt och i så generella termer som möjligt mäta vårdens effekter, t.ex. i termer av förbättrad hälsostatus. I kapitel 4 behandlas de begrepp som är de rimligaste att associera med hälso- och sjukvårdens effekter. Dessa inkluderar preferenser/nytta som fokuseras på i den inom välfärdsekonomin grundade effektivitetsprincipen, samt hälsa och livskvalitet som är de begrepp som rättvisepincipen, baserad på Rawls teori och även prioriteringsutredningen, rimligen fokuserar på.

### **2.3 Slutsatser**

I detta kapitel har en av de två mest relevanta principer som bör gälla vid prioritering av vård behandlats, nämligen rättvisa i termer av jämlikhetssträvan. Vad som ska fördelas enligt en jämlikhetssträvan kan vara antingen resurserna i sig själva eller det resurserna används till att generera, d.v.s. vårdens effekter. Effekterna av vården förefaller mest adekvat. Strävan mot jämlikhet har sin grund i egalitaristiska moralteorier. Hit räknas Rawls teori om rättvisa som fått stort genomslag under de senaste decennierna.

Rawls teori kan tolkas som att den ger stöd för att vårdens resurser bör fördelas efter vårdrelaterade behov. Behov kan i sin tur tolkas på olika sätt och fastställas

i relation till olika värden av vilka det mest grundläggande, hälsa, bäst fångar essensen av Rawls teori. I det resonemang som jag för i detta avsnitt betraktas behov som antingen ett gap mellan den hälsostatus som råder och ett mål eller, om detta inte är möjligt, helt enkelt som relaterat till den hälsostatus som råder. Med tillstånd avses hälso- eller livskvalitetsrelaterat tillstånd. Detta leder till slutsatsen att behovsprincipen kräver att dess komponenter, hälsa och/eller livskvalitet, måste specificeras och vara mätbara. De olika hälsorelaterade begreppens möjliga innebörder behandlas i kapitel 4.

### **3. PRIORITERING EFTER KOSTNADSEFFEKTIVITETS-PRINCIPEN**

Prioritering av hälso- och sjukvårdens resurser med hänvisning till kostnadseffektivitet behandlas lämpligast från en välfärdsekonomisk utgångspunkt. Inom välfärdsekonomisk teori är *nytta*<sup>17</sup> ett centralt begrepp, och innebörden av nytta beskrivs här genom att ta avstamp i den teori från vilken begreppet härstammar, d.v.s. utilitarismen. Utilitaristiska ideal utgör en viktig värdegrund inom välfärdsekonomin.

#### **3.1 Utilitarism som etisk värdegrund**

Under beteckningen utilitarism har samlats rättviseteorier baserade på utilitaristisk moralteori som föreskriver nyttoprincipen som den enda grundläggande etiska principen.<sup>18</sup> Alla handlingar bedöms utifrån de konsekvenser de resulterar i och den konsekvens som eftersträvas är maximering av den totala nyttan eller välfärden. I alla situationer ska den handling väljas som maximerar summa nytta. En väg att uppnå detta skulle kunna vara att alla individer handlar på ett sätt som maximerar deras egen nytta. Denna idé bygger på att samhällets nytta är detsamma som summan av samhällsmedborgarnas individuella nyttor. Olika varianter av utilitarism skiljer sig åt i första hand med avseende på vad som anses utgöra nytta. Gemensamt för de flesta varianter är att det är den totala nyttan summerat över alla individer som står i fokus. Detta uttrycktes i den klassiska hedonistiska utilitarismen som att alltid sträva efter att skapa ”största möjliga lycka till största möjliga antal” (Bentham 1988, Mill 1969). Utgångspunkten för teorin var att lidande är ont och att lycka är gott, något som enligt Bentham självklart borde accepteras av alla. På dessa tämligen enkla grunder ansåg Bentham att en hel moralteori kunde byggas. Eftersom

<sup>17</sup> Nyttan i samma mening som engelskans ”utility”.

<sup>18</sup> Utilitaristisk moralteori finns i flera olika varianter av vilka de som ansetts mest relevanta i sammanhanget berörs i detta avsnitt.

lycka och lidande kan ses som ändpunkter på en och samma skala blir det egentligen bara fråga om en enda moralisk regel (monistisk teori) vilket är en tilltalande egenskap hos utilitarismen.

Synen på vilka slags värden som bör anses ligga till grund för den nytta utilitarismen strävar efter att maximera har genomgått vissa förändringar sedan Benthams och Mills dagar. Företrädare för idealutilitarism har ansett att det vi bör producera är ”varor av verkligt värde”, sådant som varje rationell individ värderar. Bentham och Mill betraktade nytta uteslutande i termer av lycka och de menade att alla mänskliga handlingar på kort eller lång sikt, direkt eller indirekt, är medel för att uppnå lycka. En vanlig variant i modern tid är preferensutilitarism där nyttobegreppet inte refererar till ”varor av verkligt värde” utan till subjektiva autonoma preferenser, d.v.s. att utgångspunkten tas i vad människor själva tycker bäst främjar deras nyttofunktion.

En viktig distinktion är den mellan olika grundsyner på hur det utilitaristiska målet ska uppnås. De två huvudinriktningarna som uppstått är handlings- och regelutilitarism. Den grundläggande skillnaden mellan dessa är vad som maximerar samhällets totala nytta och därför samhällets moraliska uppbyggnad. *Handlingsutilitarister* anser att nyttoprincipen ska gälla alla enskilda handlingar under alla omständigheter. Varje handling ska utföras på ett sätt som maximerar den sammanlagda nyttan för alla inblandade. *Regelutilitarister* hävdar istället att samhällets totala och långsiktiga nytta maximeras genom att vissa generella regler införs som stipulerar vad som bör anses vara rätt och fel. Sådana regler skulle exempelvis kunna bestå av vanliga vardagligt accepterade moralregler som att det är fel att stjäla från, våldföra sig på eller på annat sätt kränka andra medborgares integritet och värdighet. Valet av regler sker med hjälp av den utilitaristiska kalkylen, d.v.s. de regler väljs vars efterlevande förväntas maximera nyttan.

Tack vare utilitarismens monistiska uppbyggnad uppstår inga konflikter mellan motstridiga målsättningar. Denna enkelhet är såväl en styrka som grund för en del av den kritik som riktats mot teorin. Kritikerna menar att den endimensionella teorin är för enkel för att utgöra en fullständig och adekvat moralteori. Mills målsättning om ”största möjliga lycka till största möjliga antal” skapar också frågor och kan i sig själv anses innehålla motstridiga ambitioner. Att både sträva efter största möjliga nytta för varje individ och att detta ska gälla för så många som möjligt är problematiskt. Detta resonemang överfört till diskussionen om resursfördelning sätter verkligen fingret på den alltid närvarande och nödvändiga avvägningen mellan nivå och fördelning, eller i andra termer mellan maximering och jämlikhet. Vilket är egentligen viktigast? Är det största möjliga lycka eller största möjliga antal? Traditionellt har

utilitarismen tolkats som att den föreskriver maximering av samhällets totala nytta, helt utan hänsyn till vilken fördelning detta resulterar i.

En grund för kritik som är av särskilt intresse då det gäller fördelningsrättvisa är att utilitarismen i sin strävan att maximera nyttan tillåter att minoriteters rättigheter offras till förmån för majoritetens intressen. Utilitarismen är dock rättvis i meningen att alla människors intressen vägs lika vid en kalkyl av samhällets totala nytta.

Alternativa moralteorier innehåller flera moraliska plikter eller principer. Sådana teorier försöker ofta täcka in alla tänkbara moraliska aspekter och att i detalj sätta fingret på vad som bör uppfattas som rätt och fel. En så hög ambitionsnivå kan vara problematiskt eftersom människors moraliska intuitioner ofta är föränderliga och opålitliga, och förekomsten av mer än en moralisk plikt leder till konflikter. Betraktas de motstående moraliska plikterna som absoluta blir konflikterna olösliga.

Konsekvensbaserade teorier har ofta svårt att bli allmänt accepterade när det handlar om frågor med uppenbara moraliska följder. Frågan är dock om några fruktbara resultat kan uppnås om konsekvenserna ignoreras eftersom det är dessa vi måste leva med. Ett system organiserat efter utilitaristiska grunder skulle innebära att konsekvenserna av alternativa resursanvändningar måste utvärderas. Nyttoprincipens innebörd är sedan att det alternativ som genererar den största mängden nytta ska väljas i varje situation. Prioritering inom hälso- och sjukvården innebär att olika insatser och behandlingar måste utvärderas med avseende på kostnader och positiva effekter för att få ut mesta möjliga nytta av vårdens begränsade resurser. Detta är som sagt utgångspunkten för den normativa välfärdsekonomiska teorin som kan användas som grund för prioriteringar.

### **3.2 Välfärdsekonomisk teori**

Hälsoekonomiska utvärderingar grundar sig på välfärdsekonomisk teori, som är normativ och föreskriver vilka kriterier som bör gälla för rangordning av olika resursanvändningar i samhället. För att kunna åstadkomma en sådan rangordning är det nödvändigt att införa vissa värderingsgrunder.

Välfärdsekonomisk teori är i huvudsak sysselsatt med effektivitetsproblemet, vilket gör det nödvändigt att definiera innebörden av begreppet effektivitet. En värderingsgrund som också leder till en definition av effektivitet är *Paretokriteriet*. Enligt detta är en fördelning effektiv om ingen annan möjlig fördelning existerar sådan att åtminstone någon får det bättre samtidigt som ingen får det sämre. Det vill säga att det inte går att förbättra någons situation

utan att samtidigt försämra någon annans. En annan värderingsgrund går under namnet *konsumentsoveränitet*, vilket innebär att människor själva är de som bäst kan bedöma sin egen välfärd. Bedömningar av välfärd/nytta ska alltså utgå från subjektiva individuella värderingar.

Enligt välfärdsekonominns första teorem leder en marknad med perfekt konkurrens, och förutsatt att vissa antaganden vad gäller individers preferenser håller,<sup>19</sup> automatiskt till en Paretoeffektiv jämvikt.<sup>20</sup> Enligt teorin skulle alltså individers strävan att maximera sin egen nytta leda till ett effektivt och socialt önskvärt resultat. Olika individers preferenser är enligt teorin inte jämförbara och kan därför inte adderas. Det anses omöjligt att objektivt avgöra vem av två individer som erhåller störst nyttoökning eller om en individs nyttoökning är större än en annan individs nyttominskning.

I princip alla förändringar i samhället ger både vinnare och förlorare. Ett problem med Paretoprincipen är att så fort någon förlorar, oavsett hur lite, på en förändring blir den omöjlig att genomföra, oavsett hur stora de potentiella vinsterna är. En sådan låst situation är av uppenbara skäl knappast önskvärd, och Paretoprincipen är därför av ringa praktisk användbarhet. Som en följd av Paretoprincipens praktiska begränsningar skapades *den potentiella Paretoprincipen*, eller *kompensationsprincipen*. Enligt denna är en förändring i ekonomin önskvärd om de som vinner på den hypotetiskt kan kompensera dem som förlorar på den och ändå känna sig som vinnare. Kompensationsprincipen överensstämmer väl med den utilitaristiska strävan att maximera samhällets nytta.

### 3.3 Hälsoekonomiska utvärderingar

Hälsoekonomi baseras på välfärdsekonominns teori, och det är främst den potentiella Paretoprincipen som i praktiken används för att finna bästa möjliga användning av offentliga resurser. För att ta reda på hur resurserna används bäst är det nödvändigt att väga investerade resurser mot de intäkter eller positiva effekter dessa ger upphov till. Dessa ”intäkter” representeras inte alltid, eller är ens möjliga att översätta till monetära termer. Det är därför nödvändigt att finna metoder för att värdera icke-monetära positiva effekter, annars går det inte att

---

<sup>19</sup> För att kvalificera som en preferensrelation krävs att axiomen om *fullständighet*, *reflexivitet*, och *transitivitet* är uppfyllda. För att välfärdsekonominns första teorem ska hålla krävs vidare att preferenserna uppfyller kraven på *kontinuitet* och *icke-mättnad*.

<sup>20</sup> För att en konkurrensjämvikt ska uppstå krävs att marknaden uppfyller vissa krav: *effektivt utbyte*, *effektiv allokering av produktionsfaktorer*, och *effektivt val av vad som ska produceras*. Dessa berörs inte närmare här, men kan studeras i ekonomiska läroböcker som till exempel Luenberger (1995).

avgöra om investeringen är önskvärd/lönsam eller inte och ej heller vilken av två eller fler alternativa investeringar som är mest önskvärd. Den välfärdsekonomiska analysmetod som först tillämpades för detta syfte var kostnads-intäkts analysen (cost-benefit analysis (CBA)).

### 3.3.1 Kostnads-intäkts analyser

För att kunna genomföra en kostnads-intäkts analys krävs att både kostnader och effekter/intäkter kan uttryckas i monetära termer. I princip alla konsekvenser som kan förväntas till följd av en viss resursanvändning skall identifieras och värderas i monetära termer, för alla påverkade individer. Detta kan vara svårt, inte minst inom sjukvården där det krävs att värdet av vunna levnadsår och vinster i hälsa eller välfärd måste beräknas i ekonomiska termer.

Då kostnads-intäkts analyser började tillämpas värderades liv genom *humankapital-ansatsen*. Värdet av ett liv består enligt denna ansats av det ackumulerade värdet av vad en individ kan förväntas producera under sin förväntade återstående levnadstid (Becker 1964, Weisbrod 1968). Under årens lopp har humankapital-ansatsen kritiserats (t.ex. Mishan 1975, Jönsson 1977). Kritiken har huvudsakligen bestått i att man separerar individen från resten av samhället och ignorerar det värde individer i allmänhet fäster vid livet som sådant. Ur en strikt produktionsekonomisk synvinkel kan värdet av en individs liv anses vara detsamma som värdet av vad individen kan förväntas producera. Ur en samhällelig synvinkel är ett sådant beräknings sätt inte adekvat eftersom samhället består av dess invånare och en samhällelig värdering bör därför utgå från individernas egna värderingar.

En annan metod som tillämpats för värdering av hälsoeffekter i monetära termer har varit att försöka ta reda på den samlade *betalningsviljan* för dessa effekter. Betalningsviljan kan sökas på olika sätt, t.ex. genom att dra slutsatser om betalningsvilja genom att studera faktiska beteenden (t.ex. Mooney 1977), eller genom att dra slutsatser från svar på hypotetiska frågor (t.ex. Klose 1999). Alla berörda individers betalningsvilja ska i idealfallet summeras och vägas mot kostnaderna. Inom vården handlar värderingen i allmänhet om någon behandling och då begränsas den oftast till patienter i behov av behandlingen.

En fördel med metoden att söka betalningsviljan är att den har en tydlig grund i ekonomisk teori, till skillnad mot andra tillämpade metoder. Metoden kräver av individer att de gör avvägningar mellan pengar och andra varor eller ”nyttigheter”, såsom hälsoförbättringar. Denna slags avvägning är central enligt teorin men förekommer inte i de andra metoder som beskrivs nedan. Kostnads-intäkts analyser generellt och betalningsviljeansatsen speciellt är dock



förknippad med betydande metodproblem (t.ex. Johannesson m.fl. 1999, Donaldson 1999, Ready m.fl. 1996, Stålhammar 1996).<sup>21</sup> Dessutom ignoreras frågan om rättvis fördelning, vilket kan sägas om alla metoder som används för ekonomisk utvärdering. Detta begränsar än så länge metodens praktiska användning

### 3.3.2 Kostnads-effekt- och kostnads-nyttö analyser

För att komma ifrån den komplicerade uppgiften att tillmäta människoliv och hälsoförbättringar monetära värden vid utvärderingar av resursanvändning inom vården utvecklades kostnads-effekt analyser. I denna analysmetod uttrycks kostnader i monetära termer medan ”intäkterna”, rimligen positiva effekter av en behandling, uttrycks i andra termer, t.ex. räddade liv eller vunna levnadsår. Nackdelen jämfört med kostnads-intäkts analyser är att generaliserbarheten blir mindre. Då effekterna (”intäkterna”) uttrycks i monetära termer kan olika investeringar jämföras oavsett vad de gäller. Då kostnads-effekt analyser används är jämförelser meningsfulla endast om effekterna kan uttryckas i samma enheter. Resursanvändning inom vården kan rimligen bara jämföras med andra resursanvändningar inom just vården, och inom vården kan livräddande åtgärder endast jämföras med andra livräddande åtgärder. Ett problem med kostnads-effekt analyser är att sjukvården handlar om så mycket mer än att akut rädda liv. Mycket av vårdens uppdrag går ut på att förbättra människors hälsa och livskvalitet. Det har därför kommit att anses nödvändigt att inkludera i effektmåttet inte bara antalet levnadsår utan även kvaliteten på dessa år.

Det vanligaste sättet att inkludera kvalitetsjusteringar har varit att inom ramen för kostnads-nyttö analyser tillämpa *QALY-ansatsen*.<sup>22</sup> I denna används kvalitetsvikter förknippade med olika tillstånd, vilket har fördelen att den gör det möjligt och meningsfullt att jämföra livräddande med hälso- eller livskvalitetsfrämjande åtgärder. I sin ursprungsform baseras ansatsen på idén att antalet QALYs ska maximeras inom ramen för en given budget, och ingen hänsyn tas till fördelningen. Metoden, som är den mest använda i hälsoekonomiska utvärderingar på senare år, passar in i en preferensutilitaristisk<sup>23</sup> ram och baseras på det potentiella Paretokriteriet med dess inneboende antagande att nyttor är interpersonellt jämförbara. QALYs har

<sup>21</sup> Metodproblemen avser t.ex. frågornas hypotetiska natur, inverkan av *förmågan* att betala, om frågorna bör ställas som dikotoma val eller som budgivningsspel, och betydelsen av på vilken nivå budgivningen startar.

<sup>22</sup> QALY står för ”Quality Adjusted Life Years”, d.v.s. kvalitetsjusterade levnadsår.

<sup>23</sup> Med preferensutilitarism menas att den nytta som ska maximeras består av tillfredsställelsen av individens preferenser, d.v.s. det individerna själva anser sig bäst behöva eller vilja ha.

ibland ansetts diskriminera vissa grupper, t.ex. handikappade som till följd av sitt naturliga tillstånd har mindre potential att generera QALYs jämfört med icke handikappade som i bästa fall kan återföras till tillstånd av fullständig hälsa. När det gäller diskriminering på grund av ålder bör nämnas att alla vunna QALYs värderas lika oavsett av vem och i vilken ålder dessa vunnits.

När det gäller beräkningar av kostnadseffektivitet finns således utarbetade metoder<sup>24</sup> som erhållit en relativt utbredd användning. Dessa har till exempel använts för att producera så kallade *ligatabeller* i vilka olika behandlingar av en viss sjukdomsgrupp rangordnas efter ”kostnad per vunnet levnadsår/QALY”. Ett exempel på en sådan rangordning inom hjärtsjukdom visas i tabell 1 nedan (Goldman m.fl. 1996).

Tabell 1. Exempel på rangordning av behandlingar efter kostnadseffektivitet.

Behandlingsstrategi <sup>25</sup>	Tillstånd	\$/vunnet levnadsår alt. vunnet QALY <sup>26</sup>
<b>Lovastatin (20 mg/dag)</b>	Högt kolesterol	Dominant <sup>27</sup>
<b>Beta-blockerare</b>	Efter hjärtinfarkt	250
<b>PTCA (ballongvidgning)</b>	Kronisk hjärtsjukdom	8 700-10 200
<b>CABG (By-pass operation)</b>	Kronisk hjärtsjukdom	9 200
<b>Propranolol</b>	Högt blodtryck	16 900
<b>Hydrochlorothiazide</b>	Högt blodtryck	25 400
<b>Captopril</b>	Efter hjärtinfarkt	28 400
<b>Angiografi</b>	Hjärtsjukdom	37 000

Denna typ av ligatabeller ger en bild av olika (alternativa) behandlingars kostnadseffektivitet, vilket kan vara en variabel vid beslut om val av behandling. Behandlingar som är allt för dyra i förhållande till de effekter som uppnås kan identifieras och väljas bort.<sup>28</sup>

Bland behandlingar med rimliga kostnads-effekt kvoter finns det andra aspekter att beakta. Där måste även den absoluta kliniska effektiviteten vägas in. Man kan alltså inte bara välja den behandling som är billigast per vunnet levnadsår/QALY då det kan finnas behandlingar som visserligen är dyrare per år/QALY men som är mer effektiva, d.v.s. genererar fler levnadsår/QALYs. I

<sup>24</sup> Vi återkommer till en beskrivning av hur dessa är uppbyggda i kapitel 5.

<sup>25</sup> Jämförs med alternativet ”placebo”.

<sup>26</sup> Kostnader uttryckta i 1993 års US\$.

<sup>27</sup> Med dominant menas att behandlingsstrategin sparar både pengar och liv. I detta fall gäller resultatet för behandling av män 45-54 år.

<sup>28</sup> Ibland finns ett tak för hur mycket ett vunnet levnadsår eller QALY får kosta, t.ex. 500.000 kr.

sådana fall kan den ökade kostnaden ändå utgöra en god användning av resurserna. Om t.ex. en behandling för en viss sjukdom kostar 100 000 kronor och genererar 1 QALY så blir kostnaden per vunnet QALY 100 000. Vi antar att det även finns en alternativ behandling som kostar 300 000 kronor och som genererar 2 QALYs, vilket ger en kostnad på 150 000 kronor per QALY. Det är då inte självklart vilken behandling som bör väljas, visserligen är kostnadseffektiviteten bättre för den billigare behandlingen men den dyrare behandlingen genererar fler QALYs. Beslutet om val av behandlingsstrategi kommer i ett fall som detta att bero på hur mycket samhället är berett att betala per vunnet QALY. Ligger denna vilja över 150 000 kronor så bör den dyrare behandlingen väljas eftersom patienterna på detta sätt får mer positiva effekter. Ligger viljan mellan 100 000 och 150 000 kronor bör den billigare behandlingen väljas, och ligger viljan under 100 000 kronor bör ingen av behandlingarna tillämpas.

### **3.4 Slutsatser**

I detta kapitel har behandlats den andra av de två mest relevanta principer (den första var behovsrättvisa) som bör gälla vid prioritering av vårdinsatser, nämligen i enlighet med en effektivitetssträvan. Den slags effektivitet som här behandlas är den som enligt ekonomisk teori utgör den mest rimliga tolkningen, d.v.s. kostnadseffektivitet. Den del av ekonomisk teori som kan sägas ligga till grund för den hälsoekonomiska praxisen är den välfärdsekonomiska teorin, som används för att finna lämpliga sätt att fördela samhällets resurser i frånvaro av en marknad. Traditionell välfärdsekonomi bygger på vissa värdegrunder (t.ex. Paretoprincipen), men handlar slutligen om att generera nytta i meningen att tillfredsställa medborgarnas preferenser. Detta utgör i sin tur en uppenbar koppling till utilitarismen i vilken målsättningen är att maximera samhällets totala nytta, något som väl illustreras i den potentiella Paretoprincipen. Maximering av nytta, i termer av hälsorelaterade preferenser, är den underliggande målsättningen också i traditionella hälsoekonomiska utvärderingar när man beräknar kostnad per vunnet QALY. Hälsoekonomiska utvärderingar är ett sätt att analytiskt tillämpa kostnadseffektivitetsprincipen. Motsvarande analytiska metoder för bedömning av behovsrättvisa finns ännu inte.

Centrala antaganden som är viktiga för kommande delar av denna rapport är att den definition av effektivitet som används här är kostnadseffektivitet. I linje med välfärdsekonomisk teori är det nytta i termer av subjektiva preferenser som är av intresse. Effektivitetsprincipen handlar alltså om kostnadseffektivitet med avseende på nytta, d.v.s. maximering av nytta inom en given budget.

## 4. BEGREPPEN HÄLSA, NYTTA OCH LIVSKVALITET

För att kunna tillämpa behovsprincipen inom hälso- och sjukvården krävs att de begrepp som beskriver vårdens resultat klargörs. Det mest grundläggande, och kanske viktigaste, av dessa begrepp är hälsa.

Hälsodefinitioner kan något grovt delas in i dels *biologiska* eller *biostatistiska* definitioner och dels *holistiska* definitioner. För några decennier sedan dominerade den biologiskt orienterade synen på hälsa tydligt, men detta förhållande har markant förändrats på senare år. Detta särskilt inom vetenskaper skilda från medicinen, t.ex. (hälso-)filosofi och (hälso-)sociologi, men allt tydligare även inom den medicinska professionen (SOU 1995:5). Den biostatistiska definitionen av hälsa baseras på biologisk funktion och statistisk normalitet. Sjukdom, eller ohälsa uppfattas som avvikelser från statistisk normalitet i biologiska funktioner och hälsa anses vara detsamma som frånvaro av sjukdom (Boorse 1977). Den medicinska professionen har traditionellt betraktat som sin huvudsakliga uppgift att bota och lindra tillstånd av ohälsa och därigenom förbättra människors hälsa. Därför har det också varit naturligt att söka sjukdomarnas och ohälsans bakomliggande orsaker och mekanismer, vilket riktat intresset mot biologiska funktioner, och samtidigt avgränsat perspektivet. Under de senaste decennierna har emellertid ett holistiskt synsätt på hälsa blivit allt mer utbrett och accepterat. Den holistiska definitionen av hälsa relaterar till människor som handlande varelser i sociala sammanhang. I synsättet inkluderas vanligen människors förmåga att fungera optimalt fysiskt, mentalt och socialt genom att exempelvis ha förmågan att uppnå sina vitala mål (Nordenfelt 1987).

En framstående representant för den biostatistiska hälsosynen är Boorse, som framhåller att detta synsätt är teoretiskt objektivt. Eftersom hälsa för Boorse är detsamma som frånvaro av sjukdom ägnar han sin analys huvudsakligen åt att klargöra begreppet sjukdom.<sup>29</sup> Boorse anser också att de flesta försök som gjorts att definiera hälsa antingen ignorerar eller missuppfattar sjukdomsbegreppet. De flesta teorier om hälsa som förekommer i litteraturen anknyter på något sätt till normal funktion där avvikelser från denna anses försämra hälsan och således utgöra sjukdom (t.ex. Engelhardt 1975, McCombs 1971, Bernard 1957).

---

<sup>29</sup> Det är här svårt med en direkt översättning. De engelska termerna som Boorse analyserar är "disease" och "illness".

## 4.1 Boorses hälsobegrepp

Boorses teori bygger på uppfattningen att människans mål huvudsakligen är överlevnad och reproduktion. I sin teori fokuserar han på de biologiska funktioner som bidrar till denna måluppfyllelse. Han utgår i sitt resonemang från en referensgrupp, en naturlig gruppering av organismer av enhetlig funktionell utformning, till exempel människor i samma ålder och av samma kön. Bland medlemmarna av en referensgrupp bestäms normal funktion hos delar av eller processer i organismen av det statistiskt typiska bidraget (för denna grupp) till individens överlevnad och reproduktion. Bland medlemmarna av referensgruppen är hälsa således definierat av den normala funktionella kapaciteten, d.v.s. kapaciteten hos varje ingående del att utföra alla sina normala funktioner vid typiska situationer med åtminstone för gruppen normal effektivitet. Normalitetsbedömningen bör göras i relation till en genomsnittlig individ av samma art, ålder, och kön. Sjukdom definieras som ett inre tillstånd som reducerar någon eller några funktioner till under normal kapacitet.

Boorse gör en distinktion mellan två olika slags dålig hälsa, ”disease” och ”illness”, vi kan här kalla dem sjukdom och ohälsa. Sjukdom (disease) relateras enligt Boorse till statistiska avvikelser i biologisk funktion. Sådana tillstånd är biologiskt definierade och påverkade individer behöver inte ens märka av eller vara medvetna om tillståndet. Ett sådant tillstånd behöver därför inte nödvändigtvis påkalla eller motivera medicinsk behandling. Ohälsa (illness) å andra sidan relateras till tillstånd av nedsatt hälsa som är så allvarliga att drabbade individer i åtminstone någon grad besväras av det. Ett tillstånd av ohälsa kan alltså förväntas vara oönskat av den som drabbas av det och kan därigenom motivera medicinsk behandling. Då ställning ska tas till vad som motiverar insatser från sjukvården finns således en uppenbar koppling till patienternas egna upplevelser av sin situation.

Nedsatt hälsa som kvalificerar som ett tillstånd av ohälsa (illness) måste dock bero på en eller flera reducerade biologiska funktioner och kvalificerar således också som sjukdom (disease). Med andra ord kan sjukdom (disease) existera utan att ohälsa (illness) gör det medan ohälsa alltid förutsätter existensen av sjukdom. Önskad tillstånd som inte beror på reduktioner i biologiska funktioner kan därför inte betraktas som ohälsa (illness) även om de är handikappande.

## 4.2 Holistiska hälsobegrepp

Det holistiska perspektivet på hälsa skiljer sig på flera sätt från det biostatistiska. En holistisk hälsosyn fokuserar på människan som helhet och inkorporerar människors egna värderingar av sin situation i bedömningen av deras välfärd och förmåga att fungera i den miljö där de lever. Människans funktionsförmåga är alltså av stor betydelse även i detta perspektiv, men inte enbart i den biologiska meningen, även om biologiska funktioner ofta är nödvändiga för överlevnad.

### 4.2.1 Nordenfelts holistiska hälsobegrepp

Flera olika holistiska definitioner av hälsa har presenterats (t.ex. Whitbeck 1981, Pörn 1984). I denna text har jag valt att redogöra för Nordenfelts hälsobegrepp (Nordenfelt 1987, 1991a, 1991b). Som i de flesta holistiska teorier tas utgångspunkten dels i en känsla av välbefinnande om god hälsa råder och lidande i de fall ohälsa råder, och dels i förmåga eller brist i förmåga till handling. Dessa aspekter är uppenbart sammanflätade eftersom välmående stärker handlingsförmågan och illamående försämrar densamma. Nordenfelt hävdar att lidande alltid kommer att i någon grad vara handikappande men att handikapp kan föreligga även utan lidande, som t.ex. då någon är medvetlös. Detta innebär en asymmetri som enligt Nordenfelt gör handikappande eller handlingsoförmåga lämpligare än lidande för att karakterisera ohälsa.

Liksom i det biostatistiska perspektivet kan Nordenfelts teori också sägas vara inriktad på att upprätthålla en jämvikt. I Nordenfelts teori handlar dock jämvikten inte om biologiska funktioner utan istället om balansen mellan en persons förmåga till och mål för handling. En person anses frisk om han eller hon har förmågan att uppnå sitt handlingsrelaterade mål, och graden av ohälsa är enligt detta synsätt detsamma som graden av oförmåga att uppfylla sina personliga mål för handling, givet vissa standardomständigheter. Det kan tyckas som om full hälsa enligt detta synsätt är något väldigt svårt att uppnå. Detta gör det i sin tur nödvändigt att specificera vad för slags mål som avses. Målsättningar föreslås vara individuella och rimliga i förhållande till personliga förutsättningar. Ur detta resonemang står också klart att det finns en skillnad mellan hälsoinskränkning och sjukdom. Det holistiska perspektivet där människan ses som en helhet innebär att en individ kan ha olika grader av hälsoinskränkning utan att lida av någon egentlig sjukdom. Enligt Nordenfelt har en individ P full hälsa "om och endast om P har förmågan att, givet standardomständigheter, realisera sina vitala mål". På motsvarande sätt karakteriseras inskränkningar i hälsa, "P har någon grad av ohälsa, om och

endast om P, givet standardomständigheter, inte har förmågan eller endast delvis har förmågan att realisera alla sina vitala mål" (Nordenfelt 1991b, s.84).

Vid ett första påseende kan *full hälsa* tyckas vara detsamma som ett idealtillstånd i vilket alla högt önskade målsättningar kan uppnås. Detta skulle i sin tur innebära att *full hälsa* är nästan omöjligt att uppnå. Denna återvändsgränd har Nordenfelt i sin teori undvikit genom att införa begreppen *vitala mål* och *standardomständigheter*. Med vitala mål avses i detta sammanhang att "x är ett vitalt mål för P om, och endast om x är ett tillstånd nödvändigt för P's minimala lycka" (Nordenfelt 1991b, s.84). Genom att relatera en individs vitala mål till samma individs minimala lycka så hanteras det potentiella problemet med individuella avvikelser avseende realismen i de mål som formuleras. En individ kan t.ex. hävda att ett vitalt mål för denne är att vinna OS-guld, något som för de flesta av oss inte är särskilt realistiskt. Oförmåga att realisera målsättningar av detta slag kan mycket sällan anses utgöra vad Nordenfelt menar med hälsoinskränkning. Om denna oförmåga ändå innebär en upplevd hälsoinskränkning eller välfärdsförlust för individen så behandlas detta förhållande lämpligast genom att försöka förändra målprofilen. På motsvarande sätt kan en individs medvetet formulerade mål vara för lågt ställda, så att det i någon objektiv mening kan fastslås att individen inte mår väl trots att de vitala målen är realiserade. Dessa möjliga förhållanden tydliggör en problematik som har med subjektiviteten i de mål som individer formulerar för sig själva att göra. Av denna anledning skiljer Nordenfelt mellan vitala mål och medvetet formulerade mål, så att vitala mål avser vad en individ i någon objektiv mening behöver realisera för att uppnå en minimal nivå av lycka. Om Nordenfelts definitioner av hälsa och vitala mål kombineras blir resultatet: att vara frisk är detsamma som att ha förmågan att, givet standardomständigheter, realisera sin minimala lycka (Nordenfelt 1991b, s. 86). Det bör noteras att vad som här avses är inte fullständig lycka utan just en minimal nivå av lycka. Exakt vad detta innebär är något oklart, men Nordenfelt hänvisar till vad som intuitivt bör anses vara högprioriterat i de flesta människors liv. Som exempel på önskningar med hög prioritet nämns den egna familjens lycka och välgång och som exempel på önskningar med låg prioritet nämns huruvida man ska ha råd att åka till Mallorca på sin nästa semester. Det bör också noteras att vad teorin behandlar är *förmågan* att, givet standardomständigheter, kunna realisera sina vitala mål, inte om man verkligen använder denna förmåga. En frisk individ behöver alltså inte vara en lycklig individ och på samma sätt behöver en individ som har nedsatt hälsa inte vara olycklig eftersom denne på olika sätt kan kompenseras för sin oförmåga.

Ett nyckelbegrepp i Nordenfelts hälsodefinition är *standardomständigheter*. Genom att införa detta begrepp inkorporeras i hälsobegreppet det faktum att omständigheter utanför en individs kontroll kan påverka handlingsförmågan

utan att detta innebär att personens hälsa bör anses försvagad. Om t.ex. ett kraftigt oväder förhindrar någon att ta sig till arbetet och därigenom att utföra sitt vanliga arbete så har detta ingenting med den förmåga att utföra sitt normala arbete som avses i teorin att göra. Vad som bör anses utgöra standardomständigheter är inte fullständigt utrett. Begreppet bör enligt Nordenfelt vara ganska vittomfattande med utrymme för vissa förändringar hos såväl individen som omgivningen. Den kultur i vilken en individ lever vid den aktuella tidpunkten är förstås av betydelse för vad som ska anses utgöra standardomständigheter.

### **4.3 Den kliniska synen på hälsa**

Som redan tidigare antytts är medicinska vetenskaper och den medicinska professionens arbete till stor del grundade i en naturvetenskaplig tradition. Den medicinska professionen, framförallt företrädda av läkarkåren, har traditionellt betraktat människors oönskade tillstånd som först och främst beroende på förekomsten av sjukdomsprocesser i kroppen. Detta har i sin tur inneburit att medicinsk forskning och praktik primärt varit fokuserad på att identifiera och hantera sådana processer i kroppen, något som vanligen antas bestå av biologiska brister eller obalanser.

Läkare har i allmänhet traditionellt betraktat hälsa som frånvaro av sjukdom, i linje med Boorses teori. På senare år har man dock närmast sig ett holistiskt synsätt, ett synsätt som även genomsyrar till exempel olika offentliga rapporter (SOU 1995:5, Sahlin 2000, SOU 1999:137). Vid utvärdering av vårdens funktion och resultat anses numera ofta att stort avseende ska fästas vid individernas egen uppfattning om sin hälsa och sitt välmående. I det kliniska arbetet råder emellertid fortfarande till stor del vad som kan kallas den traditionella synen på hälsa som frånvaro av biologiskt identifierbara sjukdomsprocesser. Denna slutsats dras ur det faktum att beslut om behandlingsstrategier ofta fattas med grund i mått eller indikatorer som syftar till att indikera risken för att oönskade händelser ska inträffa, t.ex. högt blodtryck. Dessa riskindikatorer är i sin tur baserade på biologiska kroppsprocesser. Ett annat exempel på en sådan riskindikator är koncentrationen i patienters blod av den biokemiska markören Troponin-T, som hos patienter med instabil angina mäts för att bedöma risken för att en hjärtinfarkt ska inträffa.

Förutom begreppet hälsa refereras ibland även till nytta och livskvalitet då man talar om vårdens resultat, eller vad vården bör producera.



#### **4.4 Nyttan och livskvalitet**

Begreppet nytta kan ha flera innebörder men betraktas inom ramen för denna rapport som preferenstillfredsställelse, som förklarades i kapitel 3. Nyttobegreppets viktigaste egenskaper är att nyttan utgår från subjektivt upplevd preferenstillfredsställelse. Enligt teorin är preferenser endast ordinalt mätbara, d.v.s. att det endast kan avgöras vilken av två olika preferenser hos en och samma individ som är störst eller mest angelägen. För att kunna uttala sig om skillnaders storlek och även för att jämföra olika individers preferenser skulle krävas att dessa var kardinalt mätbara, d.v.s. möjliga att tilldela numeriska värden. Som tidigare berörts bortses ofta i praktiken från denna restriktion i och med tillämpningen av det potentiella Pareto-kriteriet.

Begreppet livskvalitet kan tolkas på flera sätt. En rimlig utgångspunkt verkar vara att livskvalitet refererar till människors välfärd eller välbefinnande, på ett eller annat sätt (Nordenfelt 1991 b). Av dessa båda begrepp är antagligen välbefinnande det som bäst beskriver livskvalitet. Välbefinnande bör rimligen avse hur människor faktiskt mår, medan välfärd är ett vidare begrepp som beror av både interna och externa förutsättningar och villkor. Enligt detta sätt att resonera kan välfärd sägas bidra till välmående, som i sin tur kan (vilket Nordenfelt gör) jämföras med lycka. Fullföljs detta resonemang blir nivån av livskvalitet hos en individ reducerat till den grad av lycka eller olycka som individen upplever. Lycka kan i sin tur definieras på olika sätt (Nordenfelt 1991 b),<sup>30</sup> och enligt Nordenfelts tolkning är varje individ antingen lycklig eller olycklig, d.v.s. att det finns en absolut skiljelinje mellan lycka och olycka. Lycklig är en individ om dennes önsknings och mål upplevs vara realiserade eller på väg att realiseras.

Livskvalitet likställs ibland med nytta. Nyttan tolkas ofta som någonting som liknar välmående, som i sin tur kan jämföras med lycka som enligt Nordenfelt utgör grunden för livskvalitet. En koppling mellan hälsa och livskvalitet är alltså en uppenbar möjlighet även om innebörderna av de två begreppen i denna rapport betraktas som åtskilda.

#### **4.5 Relationer mellan de olika hälsorelaterade begreppen**

En människas livskvalitet kan antas vara påverkad av flera faktorer, av vilka hälsa är en. Hälsa kan i sin tur tolkas på olika sätt och som bestående av flera

---

<sup>30</sup> Nordenfelt kopplar lyckobegreppet såväl till Aristoteles som till Bentham's teorier.

variabler. Både Boorses biostatistiska och Nordenfelts holistiska hälsobegrepp innehåller faktorer som bör anses relevanta vid en bedömning av hälsostatus.<sup>31</sup>

Om vårdens slutgiltiga mål är att främja livskvalitet, och att främja hälsa är det sätt på vilket detta görs bäst så återstår ändå frågan om hur vården bäst främjar hälsa. Avgörande för vilket vårdens mer specifika mål bör vara är vilka hälsofrämjande faktorer som vården är bäst lämpad att ägna sig åt. Hälsa är enligt Nordenfelt detsamma som förmågan, givet standardomständigheter, att realisera vitala mål. Själva realiserandet av de vitala målen kan anses utgöra livskvalitet. Förutom förmåga krävs även tillfälle att realisera sina vitala mål vilket innebär att även externa faktorer har betydelse för att realisera mål. Förmågan är alltså inte tillräcklig för att uppnå högre livskvalitet, och inte heller är den nödvändig eftersom en individ som saknar förmåga kan kompenseras för detta så att vitala mål ändå realiserar. Sammanfattningsvis bör en distinktion göras mellan att faktiskt realisera vitala mål och att inneha förmågan att realisera dessa. Det förstnämnda bör benämnas livskvalitet och det sistnämnda hälsa. Vad vården kan förväntas vara kompetent att förbättra är människors *förmåga* att realisera vitala mål, och således uppnå en hög livskvalitet. Den komponent som handlar om tillfälle att realisera målen ligger däremot rimligen utanför vårdens ansvarsområde.

Hur kan då vården bidra till att förbättra *förmågan* enligt ovan? Den medicinska professionen har traditionellt ägnat sina ansträngningar åt att åtgärda biologiska fel och obalanser, alltså snarast i linje med Boorses hälsobegrepp. Detta delvis beroende på att detta uppfattats vara den mest grundläggande aspekten av hälsa, och delvis beroende på att det är denna aspekt av hälsa som professionen haft kunskap om och kunnat göra något åt. Hälsa enligt en holistisk syn, som föreslagits av Nordenfelt, innebär något betydligt vidare än den biostatistiska synen, vilket inte behöver förändra synen på vad som bör vara vårdens mål. Att förhindra eller eliminera sjukdom eller ohälsa i Boorses mening är ett vanligt sätt att bevara eller återställa hälsa i holistisk mening. Vad som är av intresse är i vilken grad vården bidrar till att uppfylla det slutgiltiga målet, oavsett om detta består av en god livskvalitet i befolkningen eller någonting annat.

Livskvalitet är ett begrepp vars mening kan relateras till både hälsa och nytta. Prioriteringsutredningen fastslår att vårdbehov bör bestämmas i relation till inskränkningar i hälsa eller livskvalitet, varför hälsa och livskvalitet rimligen bör uppfattas som det vården bör generera. Begreppen hälsa och livskvalitet är näraliggande. Dock bör livskvalitet innefatta mer än vad som inkluderas i ett biostatistiskt hälsobegrepp. En individs egna subjektiva upplevelser av sin

---

<sup>31</sup> Såsom faktisk förekomst av sjukdomsprocesser i Boorses fall och handlingsförmåga i Nordenfelts fall.

situation bör tydligt vägas in i en livskvalitetsbedömning, för vem om inte individen själv kan bedöma kvaliteten av sitt eget liv? Det element av subjektivitet som därmed läggs in i livskvalitetsbegreppet innebär att den holistiska synen på hälsa närmas eftersom det är individens egna vitala mål som utgör en viktig komponent i holistisk hälsa. Livskvalitet används också vid bestämning av kostnadseffektivitet som benämning på en av de effektvariabler man önskar mäta. Detta är uppenbart inte minst i den ansats där vårdens effekter mäts i termer av kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). QALYs likställs ibland felaktigt med hälsa eftersom det snarare mäter nytta i termer av hälsorelaterade preferenser.

Glidningen mellan begreppen hälsa-livskvalitet-nytta har ibland lett till att hälsa och nytta ansetts ha samma innebörd (Nord 1999). Om nytta tolkas i enlighet med välfärdsekonomin intentioner är detta inte korrekt eftersom nytta då är ett uttryck för hur högt värderade ”nyttigheter” eller tillstånd är av en individ. Ju högre ett hälsotillstånd eller en hälsoförbättring värderas, desto större är bidraget till individens totala nytta, eller välfärd. En QALY-vikt är alltså ett mått på nyttan som en individ fäster vid ett visst hälsotillstånd. Måttet innehåller information om hur olika hälsotillstånd uppfattas snarare än om hälsotillstånden i sig, d.v.s. QALY-vikter mäter nytta snarare än hälsa (McKie m.fl. 1996). Hälsobegreppet är alltså relaterat till det underliggande tillståndet, i någon mer eller mindre objektiv mening, medan nyttabegreppet handlar om hur tillstånden upplevs, d.v.s. i rent subjektiva termer. Därför bör begreppen inte blandas ihop och tolkas som ömsesidigt utbytbara.

#### **4.6 Slutsatser**

I detta kapitel har frågan om vad vården bör producera/generera behandlats från ett teoretiskt/begreppsligt perspektiv. Det huvudsakliga intresset i kapitlet har varit inriktat på hälsobegreppet. Tre olika utgångspunkter avseende hur hälsa ska betraktas har presenterats; den biologiska/biostatistiska, den holistiska, och den som dominerar i det kliniska arbetet. De olika sätten att betrakta hälsa beror delvis på olika syn på vad som utgör hälsa och delvis på att de tillämpas på olika nivåer. De biostatistiska och holistiska synsätten är teoretiska försök att karakterisera hälsobegreppet, och inkluderar därför även sjukdomsbegreppet. Från den medicinska professionens håll är man istället huvudsakligen inriktad på att åtgärda sjukdomstillstånd och att minska risken för framtida allvarliga hälsorelaterade händelser.

Hälsa, livskvalitet, och nytta, analyseras och jämförs sedan med avseende på vilka meningar som är rimliga att fästa vid dem. Vissa slutsatser från detta kapitel är av särskilt intresse för återstoden av rapporten. För det första kan det

konstateras att hälsobegreppet kan närmas från olika håll beroende på både teoretiska och praktiska utgångspunkter. För det andra kan begreppen hälsa, livskvalitet, och nytta inte anses utgöra samma aspekt av vårdens effekter.

I nästa kapitel (5) beskrivs och analyseras olika metoder för mätning av vårdens effekter. Analysen är inriktad på vad metoderna egentligen mäter i jämförelse med vad de enligt teorin borde mäta.

## **5. MÄTNING AV SJUKVÅRDENS RESULTAT**

För att kunna värdera graden av måluppfyllelse måste vårdens resultat kunna mätas. För att utröna möjligheterna att mer eller mindre direkt tillämpa de teoretiska kriterierna beskrivs och analyseras i detta kapitel de vanligast förekommande metoderna för mätning av hälsorelaterade begrepp. Med utgångspunkt i klinisk praktik sätts den enskilde patienten i centrum och beslut om behandlingsstrategi fattas ofta med grund i medicinska sjukdoms- eller riskindikatorer relevanta för det aktuella tillståndet. Dessa indikatorer kan därför ses som mått på hälsa, eller snarare ohälsa. Om strävan efter rättvisa i termer av jämlikhet istället sätts i första rummet så fokuseras vanligen på hälsa eller livskvalitet. Om utgångspunkten tas i effektivitetskriteriet, enligt en (hälso)ekonomisk tolkning, så ligger fokus på att tillfredsställa individuella preferenser, d.v.s. nytta.

### **5.1 Kliniska mått/indikatorer**

I den kliniska praktiken används olika mått eller indikatorer för att bedöma patienters hälsostatus med avseende på det organ som drabbats. Utifrån dessa fattas sedan ofta beslut om behandlingsstrategier. Måtten eller indikatorerna är ofta starkt biologiskt präglade och baserade på exempelvis närvaron eller koncentrationen av någon biologisk eller biokemisk substans som har med det påverkade organets funktion att göra. Från dessa indikatorer kan den medicinska risken bedömas, d.v.s. risken för att någon oönskad incident ska inträffa eller för att patienten ska dö. Detta arbetssätt har sin grund i den biomedicinska traditionen som inkluderar en syn på hälsa huvudsakligen som frånvaro av sjukdom i meningen nedsatta funktioner hos kroppsliga organ.

Enligt Almeida och Carlsson (1996) bör svårighetsgraden av ett ohälsotillstånd avgöras av inskränkningar i hälsa enligt såväl biostatistisk ("disease severity") som holistisk ("illness severity") mening. Då tas i hälsobedömningen hänsyn till såväl närvaro av faktisk sjukdom som inskränkning i handlingsförmåga oavsett anledning.

## 5.2 Psykometriska hälsomätningssinstrument

En syn på hälsa som något annat än enbart frånvaro av sjukdom reflekteras i så kallade psykometriska hälsomätningssinstrument. Dessa inkluderar individers egna upplevelser av sin situation och omfattar vanligen ett antal dimensioner som anses viktiga för att kunna leva ett friskt och bra liv. Ett exempel på ett sådant instrument är SF-36 (Ware m.fl. 1993)<sup>32</sup> som förutom att det är mer omfattande än de ovan beskrivna preferensmätningssinstrumenten också är vidare accepterat av läkarkåren och enklare att tillämpa, vilket i sin tur innebär lägre kostnader och mer pålitliga resultat.

Psykometriska instrument är deskriptiva istället för värderande och utformade så att respondenten ställs inför ett antal frågor i vilka dennes egna hälsostatus bedöms enligt ett antal dimensioner. Frågorna är objektivt utformade och behandlar graden av inskränkning i olika avseenden. Respondenten svarar bara på huruvida och i vilken utsträckning olika påståenden är sanna, och ingen värdering av hälsostatusen görs alltså direkt av respondenten.

SF-36 inkluderar 36 frågor. Då frågorna ska besvaras ombeds respondenten att indikera närvaron, frekvensen, eller intensiteten av olika symptom, fenomen, egen kapacitet, eller känslomässiga reaktioner. Enstaka frågor aggregeras till värden på skalor mellan 0 och 100 avseende åtta hälsorelaterade dimensioner, av vilka en är ”generell hälsoupplevelse”. De åtta dimensionerna är:

- Fysisk funktion (*Physical Functioning*, PF)
- Rollfunktion – fysisk (*Role Function – Physical*, RP)
- Kroppslig smärta (*Bodily Pain*, BP)
- Allmän hälsoupplevelse (*General Health Perceptions*, GH)
- Vitalitet (*Vitality*, VT)
- Social funktion (*Social Functioning*, SF)
- Rollfunktion – emotionell (*Role Function – Emotional*, RE)
- Mental hälsa (*Mental Health*, MH)

De tio frågor som behandlar fysisk funktion är huvudsakligen relaterade till förmågan att utföra mycket basala fysiska aktiviteter, som att gå i trappor och promenera kortare sträckor. Dimensionen rollfunktion – fysisk behandlas i fyra frågor relaterade till förmågan eller inskränkningen i förmåga, på grund av fysiska problem, att utföra arbete och delta i andra aktiviteter som individen i normala fall gör. Kroppslig smärta klaras av i två frågor, av vilka den ena är mycket generellt formulerad och den andra är relaterad till förmågan att utföra sitt normala arbete. De fem frågor som behandlar allmän hälsoupplevelse är

<sup>32</sup> SF-36 står för ”short-form 36”.

generella men också relaterade till andra människor, respondentens hälsohistoria, och förväntningar inför framtiden. Dimensionen vitalitet behandlas i fyra frågor, av vilka två handlar om existensen eller ej av positiva och två om negativa känslor. Social funktion behandlas i endast två frågor som handlar om störningar i vanliga sociala aktiviteter på grund av det aktuella tillståndet. I tre frågor behandlas dimensionen rollfunktion – emotionell. Dessa relaterar till förmågan att utföra arbete och andra normalt utförda aktiviteter, och inskränkningar beror på emotionella problem. Mental hälsa behandlas i fem frågor relaterade till existensen av nervositet, depression, nedstämdhet, lugn, och lycka.

SF-36 resulterar i en profil som beskriver en individs hälsa eller livskvalitet, vilket gör att resultatet inte går att använda i en traditionell utvärdering av medicinsk teknologi. För detta ändamål skulle krävas att resultatet kan uttryckas som en siffra, t.ex. som en nyttovikt mellan 0 och 1 efter vilken QALYs kunde beräknas och användas som effektmått.

Ett annat deskriptivt instrument som fungerar på ett liknande sätt, men som innehåller bara fem dimensioner, är EuroQol (EQ-5D) (Brazier m.fl. 1993, Henriksson & Carlsson 2002). De fem dimensionerna är:

- Rörlighet
- Hygien
- Huvudsakliga aktiviteter
- Smärtor/besvär
- Rädsla/nedstämdhet

Var och en av de fem dimensionerna innehåller tre nivåer uttryckta ungefär såsom ”inga problem”, ”måttliga problem”, och ”svåra problem”/”oförmögen”. Dessutom innehåller EQ-5D en separat del bestående av en vertikal VAS<sup>33</sup>-skala (enligt samma princip som ”rating scale”).

Förutom att resultera i en profil ger instrumentet även ett indexvärde på hälsorelaterad nytta. Indexvärdena är framtagna genom en brittisk befolkningsstudie där människor ombetts att med hjälp av TTO-metoden värdera olika, enligt EQ-5D, möjliga tillstånd. Möjligt antal kombinationer (hälsotillstånd) som EQ-5D kan ge är  $3^5=243$ .

---

<sup>33</sup> VAS=Visual Analogue Scale.

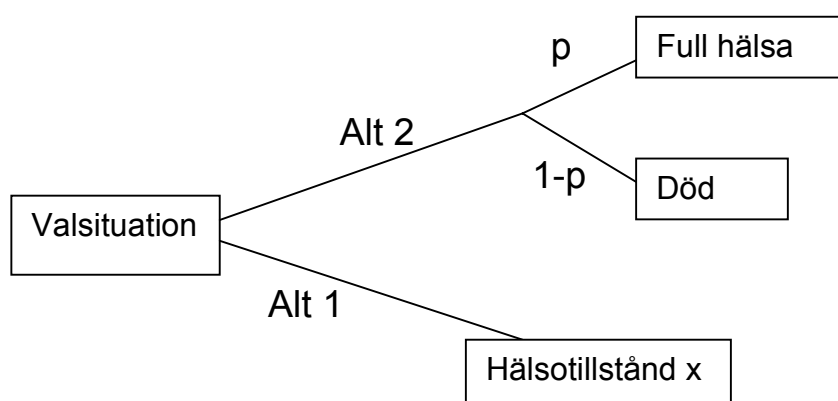
SF-36 och EQ-5D är exempel på generiska instrument.<sup>34</sup> Utöver generiska finns även sjukdomsspecifika instrument i vilka frågorna, eller åtminstone en del av dem, är direkt relaterade till en specifik sjukdom.

### 5.3 Mätning av hälsorelaterade preferenser

Mätning av hälsorelaterade preferenser inom ramen för QALY-ansatsen innebär att olika hälsotillstånd åsätts nyttovikter på en vanligen antagen kardinal skala mellan 0 och 1, och dessa vikter används sedan för att beräkna livskvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). QALY-vikterna ligger på en skala mellan 0 och 1, där 0 vanligen motsvarar död (eller bästa möjliga tillstånd) och 1 motsvarar full hälsa (eller bästa tänkbara tillstånd). Inom hälsoekonomin har traditionellt strävats efter att maximera den aggregerade nyttan av detta slag. Normalt används hypotetiska frågor för att uppskatta nyttonivån relaterad till olika hälsotillstånd i någon av tre metoder; standard gamble (SG), time trade-off (TTO), eller rating scale (RS) (Torrance 1986, Froberg & Kane 1989 a, b).

Vid SG ställs försökspersoner inför ett val mellan ett säkert utfall och ett riskfyllt spel. För ett visst tillstånd av ohälsa antas en behandling finnas som med sannolikheten  $p$  resulterar i full hälsa, och som med sannolikheten  $1-p$  ( $0 \leq p \leq 1$ ) resulterar i att patienten dör. Frågan gäller således hur stor mortalitetsrisk ( $1-p$ ) som respondenten är villig att acceptera för chansen att bli helt frisk ( $p$ ). Valsituationen beskrivs i figur 1 nedan.

Figur 1. Standard gamble metoden.

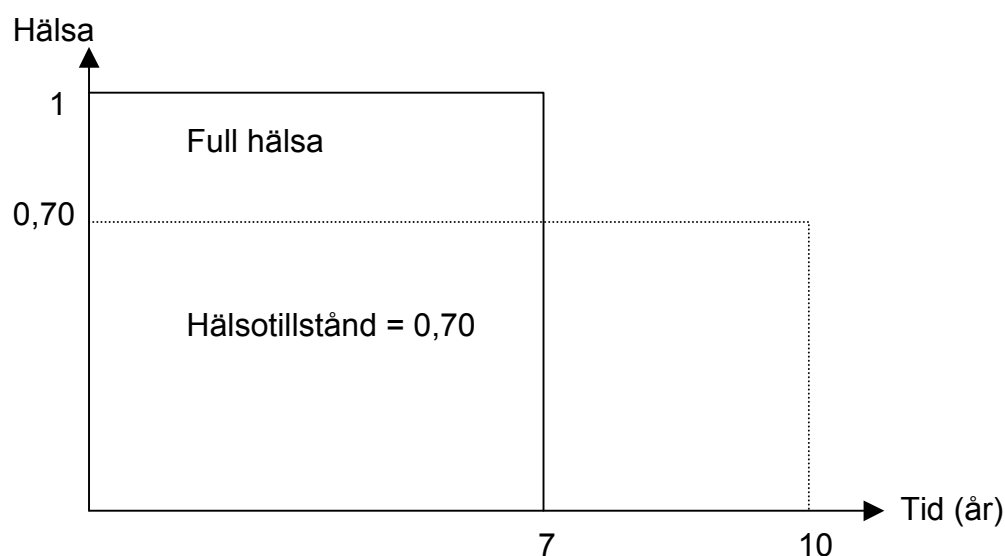


<sup>34</sup> Andra exempel är "the Sickness Impact Profile", "Nottingham Health Profile", "McMaster Health Index", och "Quality of Well Being Scale".

Nyttovikten bestäms av den risk ( $1-p$ ) vid vilken respondenten är indifferent mellan det säkra utfallet och det riskfyllda spelet. Nyttovikten bestäms efter en skala mellan 0 och 1, där 0 vanligen likställs med "död" men ibland också med "värsta tänkbara tillstånd", och 1 likställs med "full hälsa" eller "bästa tänkbara tillstånd". Om en respondent till exempel är villig att acceptera en mortalitetsrisk på 20% skulle detta innebära att dennes värdering av det aktuella hälsotillståndet,  $x$  är 0,80, d.v.s. 80% av värdet av att vara fullt frisk.

I TTO ombeds respondenterna att väga tid i olika tillstånd mot varandra. Frågan ställs vanligen på ungefär följande sätt: "Hur många år i full hälsa anser du vara likvärdigt med 10 år i ditt nuvarande hälsotillstånd?" Med andra ord, hur många år är en person villig att ge upp för att uppnå ett tillstånd med full hälsa? Om en respondent anser att 7 år i full hälsa är ekvivalent med 10 år i det hälsotillstånd som råder för denne så innebär detta att det tillstånd som råder av denna person värderas till 0,70 på en skala mellan 0 och 1, eller till 70% av värdet av full hälsa. Valsituationen kan beskrivas som i nedanstående figur.

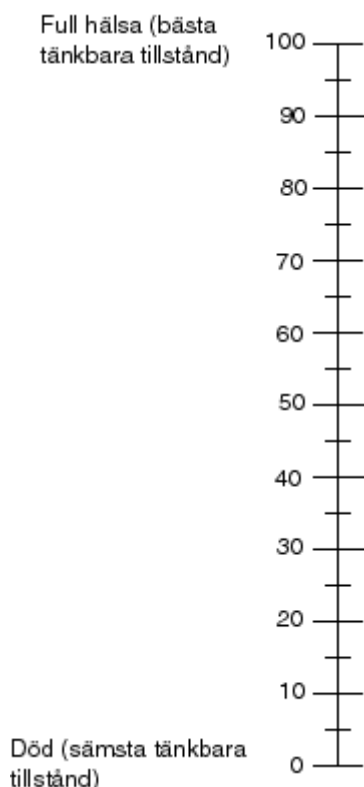
Figur 2. Time trade-off metoden.



RS är utformad som en visuell skala, vanligen vertikal och mellan antingen 0 och 1 eller 0 och 100. Skalan liknar en termometer, och respondenter ombeds att på denna indikera värdet av det hälsotillstånd frågan gäller. Se figur 3.



Figur 3. Rating scale metoden.



RS är lätt att tillämpa och att tolka. Metoden saknar dock den avvägning som krävs för att den ska anses mäta preferenser och kan därför endast anses ge en icke nyttobaserad värdering.

Vid samtliga metoder kan försökspersoner, d.v.s. de som ställs inför frågorna, vara patienter, representanter från allmänheten, eller andra grupper. Vilka som är lämpligast att använda som försökspersoner är en fråga som fortfarande debatteras. Å ena sidan företräder representanter från allmänheten alla oss som via skatter finansierar vården, men å andra sidan är patienter som befinner sig i ett visst tillstånd de enda som verkligen vet vad tillståndet innebär.

### 5.3.1 Metodologiska problem

De ovan beskrivna metoderna för uppskattning av hälsorelaterade preferenser är alla förknippade med praktiska problem och/eller svagheter vad gäller överensstämmelse med underliggande teori. Om den välfärdsekonomiska teorin tolkas i enlighet med utilitaristiska ideal så är tanken att vad som ska maximeras är kollektivets nytta, inte individens. Inom utilitarismen anses också att alla individers nytta ska värderas lika högt, och att alla människor som lever nu och i framtiden ska inkluderas i nyttokalkylen. Dessa idéer reflekteras i önskan att

maximera den samlade preferensstyrkan under antaganden om riskneutralitet och konstanta tidspreferenser.

SG:s utformning som ett val mellan ett säkert utfall och ett lotteri innebär att metoden innehåller ett element av risk, vilket gjort att den ansetts mest lämplig att använda för att värdera nyttor i närvaro av risk eller osäkerhet (Wakker & Stiggelbout 1995). Så länge människor är riskaversiva, d.v.s. ovilliga att utsätta sig för risker, med avseende på sjukdom och ohälsa innebär metoden dock att värderingarna inte överensstämmer med nytta i termer av de rena preferensstyrkor<sup>35</sup> som utilitarismen är inriktad på (Cohen 1996). Riskaversion innebär en ovilja att acceptera risker eller osäkerheter och att ett dåligt men säkert utfall kan föredras framför ett potentiellt betydligt bättre tillstånd förknippat med en liten sannolikhet för ett väldigt dåligt utfall (eller rent av död).<sup>36</sup> Detta skulle innebära att kalkylerade utfall förknippade med risker undervärderas jämfört med säkra utfall. Ju större risken är desto större undervärdering av utfallet (von Neumann & Morgenstern 1944).<sup>37</sup>

TTO-metoden inkluderar inte risk, men istället tillkommer tid som något av en komplicerande faktor. För att nytta vid olika hälsotillstånd uppskattade med TTO ska överensstämma med rena preferensstyrkor måste människor ha konstanta tidspreferenser, vilket innebär att ett år i full hälsa nu är lika mycket värt som ett år i full hälsa om tio eller tjugo år. Detta förhållande anses vanligen inte särskilt troligt eftersom de flesta människor har en närsynthet vad gäller tid, d.v.s. att de föredrar att få det fullt friska året så snart som möjligt. Det större antalet år i det inte fullt friska tillståndet jämfört med antalet år i det fullt friska tillståndet innebär en undervärdering av det inte fullt friska tillståndet, eftersom en del av dessa år ligger längre fram i tiden än samtliga år i det friska tillståndet.

Både SG och TTO innehåller ett element av att riskera eller ge upp en del av sitt liv. Blotta tanken på att riskera eller ge upp en del av livet har hos vissa individer varit förknippat med psykologiskt motstånd. En del människor är inte villiga att ens motvilligt överväga sådana ställningstaganden, oavsett deras eget tillstånd. I dessa fall är båda metoderna förmodligen dåliga indikatorer på hälsorelaterade preferenser.

---

<sup>35</sup> ”Strength of preference” (SOP-) nyttor.

<sup>36</sup> Det vill säga att det säkra utfallet föredras framför en osäker ekvivalent. Ett säkert utfall förknippat med 50% livskvalitet föredras framför ett alternativ där man med 50% chans har 100% livskvalitet och med 50% risk att dö.

<sup>37</sup> Uppskattning av nytta med SG metoden, i vilken riskaversion ligger med som en komponent benämnes vanligen von Neumann-Morgenstern (vNM) nytta efter ekonomerna med samma namn, von Neumann & Morgenstern.

RS bör anses resultera i ett värdebaserat mått, eftersom metoden saknar den avvägning som är nödvändig för mätning av preferenser/nytta. RS undviker problemen med både riskaversioner och icke konstanta tidspreferenser men anses på grund av sin utformning ge tveksamma resultat. Metoden har kritiserats för bristande teoretisk grund, och därmed validitet (t.ex. Bleichrodt & Johannesson 1997, Torrance m.fl. 2001).

#### **5.4 Metoder för mätning av vårdens effekter – vad mäts?**

Som redan tidigare påpekats kan de vanligast föreslagna kriterierna för prioritering anses fokusera på olika aspekter av vad som produceras inom vården. Rättvisekriteriet är vanligen koncentrerat på hälsa eller livskvalitet medan effektivitetskriteriet, enligt hälsoekonomisk praxis, är koncentrerat på individuella preferenser, eller nytta. Metoder för mätning av det vården producerar enligt dessa sätt att se på saken har berörts tidigare i denna rapport. Frågan som behandlas i detta avsnitt är vad de olika mätmetoderna involverar, vad de egentligen mäter. Utifrån detta resonemang dras också slutsatser angående vilka metoder som är bäst lämpade att använda för att illustrera de två centrala prioriteringskriterierna och relationen mellan dem.

##### **5.4.1 Medicinska mått/indikatorer**

Med medicinska mått eller indikatorer avses här tester, bedömningar, eller provtagningar som används i klinisk praktik i syfte att bedöma risker.<sup>38</sup> Riskbedömningar utgör i sin tur grunden för beslut om behandlingsstrategier. Vad måtten ska indikera är således risken för oönskade händelser i framtiden.

Vad säger oss då dessa mått eller indikatorer egentligen? Riskbedömningen utgår vanligen från funktionell nedsättning, brist på något, existensen eller koncentrationen av någon substans i kroppen, eller allmän bedömning av expertis. Även om dessa mått indikerar en förhöjd risk för någon allvarlig händelse betyder inte detta nödvändigtvis att individen i fråga mår dåligt och själv upplever en nedsättning i hälsa eller livskvalitet. Men eftersom individen inte är fullt frisk ur en medicinsk synvinkel bör måttet ändå anses innehålla information om individens hälsostatus. Den syn på hälsa som här refereras till är

---

<sup>38</sup> Exempel på sådana mått, som används för bedömning av patienter med instabil kranskärlssjukdom, är *rate pressure product (RPP)* som anger förhållandet mellan hjärtats tryck vid maximal puls och vid vila (Meyer m.fl. (1995)), samt koncentrationen i blodet av ämnet *troponin-T* (Säfström m.fl. (2000)). Båda dessa indikatorer anses indikera förhöjd risk för hjärtinfarkt.

biologiskt influerad, inte enligt Boorses teori men närmare denna än det holistiska synsättet.

#### 5.4.2 Psykometriska instrument

Deskriptiva instrument för mätning av hälsa, av vilka SF-36 är det kanske mest använda, fokuserar på individers självupplevda hälsostatus. Detta refereras ofta till även som livskvalitet. Med SF-36 erhålls svar som speglar individers egna upplevelser eller erfarenheter av sin situation i vissa specifika avseenden. SF-36 resulterar i en hälsoprofil som inkluderar de åtta hälsorelaterade dimensioner som utgör instrumentet. De åtta dimensionerna ges värden mellan 0 och 100 baserat på respondenternas egna rapportering avseende sina förmågor i olika avseenden, sina symptom, fenomen och reaktioner.

Vad är det då som SF-36 bör anses mäta? Är det hälsa, eller är det livskvalitet? Begreppet livskvalitet bör rimligen vara kopplat till kvaliteten av mänskligt liv, som i den kontext som här behandlas är begränsad till *hälsorelaterad* livskvalitet. Men hur ska graden av sådan livskvalitet avgöras? Livskvaliteten för en individ i en viss livssituation och med en viss hälsostatus bör rimligen bäst kunna avgöras av individen själv. Värdering av livskvalitet bör således inkludera individens subjektiva värderingar och inte bara fakta avseende olika aspekter av individens situation. Det sätt på vilket en försämring i en viss hälsorelaterad dimension påverkar den upplevda livskvaliteten varierar troligen mellan individer. Hur en individs hälsa är, baserat på ett antal dimensioner, bör däremot kunna beskrivas med hjälp av den strukturerade och värderingsmässigt neutrala metod som SF-36 innebär. För att erhålla en fullständig bild av en individs livskvalitet skulle de olika dimensionerna behöva viktas i enlighet med just denna individs preferenser. SF-36 bör alltså anses mäta, eller snarare beskriva, hälsa. Men i så fall hälsa enligt vilken mening? Eftersom SF-36 omfattar ett antal vitt skilda aspekter av hälsa är det rimligt att dra slutsatsen att instrumentet har sin grund i en holistisk hälsosyn. När det gäller just SF-36 finns också indikationer på att dimensionen *generell hälsoupplevelse* korrelerar väl med resten av instrumentet, och denna dimension kan därför användas som en approximation av hela SF-36 (Lundberg m.fl. 1999).<sup>39</sup>

#### 5.4.3 Mätning av hälsorelaterade preferenser

Enligt preferensutilitarism och välfärdsekonomisk teori är nytta detsamma som subjektiva preferenser. Preferenser används för att uttrycka den nyttonivå en

---

<sup>39</sup> I den angivna referensen har samma tillvägagångssätt använts.

individ tillmäter olika tillstånd. Om till exempel innehavet av en viss uppsättning varor eller ”nyttigheter” föredras framför en annan uppsättning, eller om den motsatta preferensordningen råder, eller om individen i fråga är indifferent avseende de båda uppsättningarna.

Enligt teorin är mer av en vara alltid önskvärt, vilket innebär att nyttan ökar.<sup>40</sup> Nyttovinsten av en ytterligare enhet av en vara minskar dock ju fler enheter av denna vara som en individ redan har, d.v.s. att marginalnyttan av varan är avtagande. För att erhålla ytterligare en enhet av en vara krävs att individen betalar för den, vilket innebär att de resurser som krävs till detta på samma gång undandras från alternativa användningar. För att en nyttomaximerande individ ska välja att skaffa ytterligare en enhet av en vara måste individen anse att detta representerar den bästa möjliga användningen av resurserna. Det vill säga att resurserna inte kan åstadkomma mer nytta i någon alternativ användning.

När nyttobedömningen gäller ökningen av mängden av en enstaka vara måste ökningen relateras till dess inverkan på all annan konsumtion. Detta görs enklast genom att värdera enheten av varan i termer av pengar eftersom pengar är en universell vara som kan bytas mot de flesta andra varor.<sup>41</sup> Ju högre värderingen är desto högre är graden av preferenstillfredsställelse som är förknippad med en förändring, och desto större är förstås nyttoökningen. Detta sätt att tänka ligger till grund för idén att mäta individuella preferenser genom att ta reda på människors betalningsvilja för olika förändringar i samhället. Genom att göra detta erhålls en avvägning mellan förändringen eller varan som värderas och alla alternativa resursanvändningar, en avvägning som bör anses vara nödvändig för att mäta preferenser.

Inom SG-metoden tillämpas en avvägning som har att göra med risk. Metoden innebär inte att en avvägning görs mellan den förväntade hälsovinsten, d.v.s. någon kvantitet av ”varan” hälsa, och alla möjliga alternativa resursanvändningar. Istället utvärderas preferensstyrkan, eller nyttonivån, genom att försöka ta reda på hur riskbenägen en individ är. Denna procedur överensstämmer inte med den innebörd preferenser ges enligt teorin, utan innebär att människors olika attityder till risk inkluderas i värderingen. Hur hög risk för att dö som någon är villig att acceptera för möjligheten att erhålla full hälsa bör dock vara relaterat till det aktuella hälsotillståndet, så att högre risk accepteras ju sämre tillstånd en individ befinner sig i. Det är därför rimligt att anta att metoden säger åtminstone något om den nyttonivå som förknippas med ett visst hälsotillstånd. Vad gäller individer som är totalt ovilliga att acceptera

<sup>40</sup> Enligt antagandet om icke-mättnad inom mikroekonomisk teori.

<sup>41</sup> I teorin kan pengar bytas mot alla andra varor. Detta är inte riktigt fallet i verkligheten med tanke på t.ex. hälsa.

någon risk att dö kan preferenser inte anses fångas alls. Andra individers preferenser kan antas åtminstone indikeras.

Avvägning av ett annat slag än den som föreslås i teorin appliceras också i TTO-metoden. Avvägningen görs här mellan en förväntad hälsovinst, d.v.s. en viss mängd av ”varan” hälsa, och levnadstid. Hälsoförbättringar ställs inte mot alla möjliga alternativa resursanvändningar såsom föreskrivs enligt teorin, och preferensstyrkan eller nyttan som uppskattas med denna metod är någonting annat än det som refereras till i teorin. Mängden levnadstid som individer uppger sig vara villiga att ge upp innehåller dock all den konsumtion som en viss mängd av ”varan” hälsa enligt teorin bör vägas emot. Därför bör även TTO-metoden anses ge åtminstone indikationer om preferensstyrkor förknippade med olika hälsotillstånd. Problemet förknippat med vissa människors totala ovilja att riskera eller ge upp levnadstid förekommer även i denna metod.

En tredje metod som ofta använts för att utvärdera QALY-vikter är RS-metoden. Denna innehåller ingen avvägning alls mellan ”varan” hälsa och andra ”varor”. Värderingen blir därför intuitiv och till synes något godtycklig. RS kan således inte anses mäta preferenser, och egentligen inte heller ge några indikationer om desamma. Men metoden ger en värdering av hälsotillstånd, även om det är oklart vad en sådan värdering egentligen betyder.

Sammanfattningsvis mäter inte någon av de metoder som oftast används för att mäta nyttor inom QALY-ansatsen de preferenser som refereras till i utilitaristiska eller välfärdsekonomiska teorier. SG och TTO kan anses ge åtminstone indikationer om nyttor medan RS snarare bör anses som ett värdebaserat mått. Dessa tre metoder är dock de vanligast använda för att få fram QALY-vikter.

## 5.5 Slutsatser

Detta kapitel har upptagits av frågan om vad hälso- och sjukvården bör producera, och är en naturlig fortsättning på kapitel 4. Kapitlet har mera specifikt behandlat metoder för mätning av det vården enligt olika synsätt bör producera.

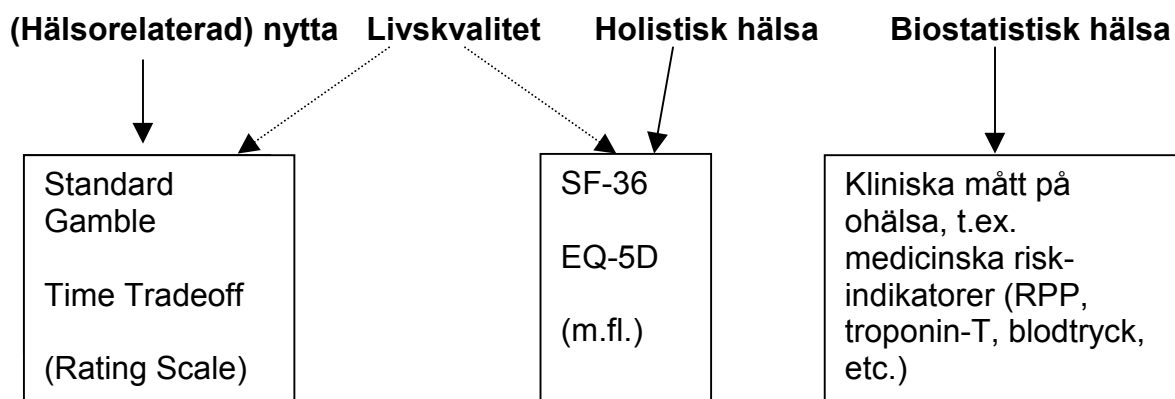
Nytta antas här mätas med de metoder för mätning av hälsorelaterade preferenser som används i hälsoekonomisk praxis genom QALY-ansatsen. Den holistiska synen på hälsa antas mätas med SF-36 som är ett väl accepterat psykometriskt instrument. En biologisk syn på hälsa och den medicinska professionens synsätt har samma teoretiska ursprung och antas därför representeras av samma slags mått. Livskvalitet är som tidigare antytts ett något

oklart begrepp som ofta sammanblandas med antingen hälsa eller nytta. Detsamma är därför fallet vad gäller mätmetoder, och inga metoder har här behandlats som att de specifikt mäter livskvalitet. De olika typerna av mått analyseras vidare i kapitlet med avseende på vad de egentligen mäter och om de kan antas på ett rimligt sätt representera de meningar som i det föregående fåsts vid begreppen hälsa och nytta.

Vad som är intressant att ta med sig från detta kapitel är en förståelse för hur de olika mätmetoderna är uppbyggda. Den slutsats som nås i kapitlet är att de metoder som analyserats inte representerar de underliggande begreppen på ett perfekt sätt, men att vissa av dem är tillräckligt valida, d.v.s. kan användas som relevanta indikatorer på det de avser mäta. SG- och TTO-metoderna resulterar i hälsorelaterade preferenser, d.v.s. nytta. RS-metoden resulterar i ett värdebaserat mått, även om den ofta används för att mäta QALYs, som i sin tur är intimt förknippade med preferenser. Att RS resulterar i ett värdebaserat mått betyder att metoden ger en värdering på en skala mellan 0 och 100 men att det är svårt att veta vad t.ex. 50 på denna skala betyder eftersom värderingen inte baseras på någon avvägning eller valsituation. SF-36 kan tolkas som att instrumentet representerar en holistisk syn på hälsa. De mått/indikatorer som används för medicinsk riskbedömning är rimliga att tolka som indikatorer på närvaro av sjukdom och bör därför anses säga något om individens hälsostatus i biologisk mening.

Ett försök till sammanfattning av de olika mätmetodernas/måttens relation till de underliggande hälsorelaterade begreppen görs nedan. Parentes runt en metod innebär att den anses något mer bristfällig än metoder utan parentes som representation av det underliggande begreppet. Som synes anses i just detta resonemang (i denna rapport) ingen av metoderna i första hand mäta livskvalitet. Vissa av dem (t.ex. SF-36) anses dock i vissa andra sammanhang primärt mäta just livskvalitet.

Figur 4. Förslag på hur olika hälsorelaterade begrepp kan mätas.



## 6. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS MÅL

För att sjukvården ska kunna fungera optimalt är det viktigt att alla involverade aktörer kan komma överens om ett mål med den verksamhet som bedrivs. Ett mål kan formuleras med olika syften och därmed ha olika funktioner, av vilka de vanligast föreslagna är handlingsvägledande, motiverande, och symbolisk (Liss 1999). Här används målbegreppet i meningen handlingsvägledande. I denna mening bör målet betraktas i termer av ett önskvärt tillstånd som är resultatet av en följd av händelser, som i sin tur används för att identifiera lämpliga åtgärder att vidta för att uppnå det slutliga målet.

Frågan om vad som är eller bör vara målet med hälso- och sjukvårdens verksamhet kan vid en första tanke synas trivial, men är det så uppenbart? Rimliga målsättningar för vården är, som de uttrycks i en svensk offentlig rapport (SOU 1997:119), att förhindra sjukdom och främja hälsa, d.v.s. att förhindra, lindra och bota sjukdomar och skador så långt som möjligt. På en individuell nivå är detta rimliga mål, d.v.s. att vad gäller den enskilde patienten så långt som möjligt lindra och bota för att på så sätt skapa så god hälsa som möjligt för denne. Men vad betyder egentligen en sådan formulering på befolkningsnivå? Betyder den att sjukvården ska sträva efter att maximera befolkningens samlade hälsa? Nej, knappast, eftersom stor vikt även läggs vid att försöka minska ojämlikhet i hälsa mellan olika grupper i samhället. Sammantaget bör detta kunna tolkas som att hälso- och sjukvårdens mål är att främja hälsa och förhindra sjukdom, och att insatser i syfte att uppnå detta främst ska riktas mot de individer eller grupper som av en eller annan anledning har det sämst ställt i termer av hälsostatus. Ett sådant förhållningssätt är vad som vanligen ligger bakom viljan att fördela vårdresurser efter behov.

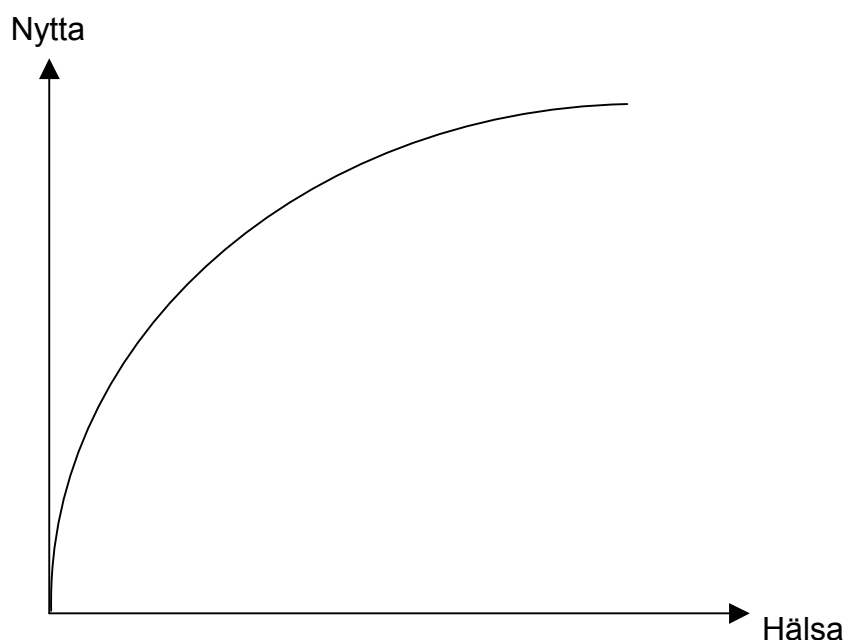
Om kriterierna effektivitet och rättvisa involverar sinsemellan olika uppfattningar om vad som bör produceras inom vården så måste relationen mellan dessa analyseras. Som tidigare berörts formuleras strävanden efter rättvisa normalt som att de gäller hälsa eller livskvalitet, medan strävan efter effektivitet handlar om maximering av preferensbaserad nytta. Därför kan relationen och en möjlig konflikt mellan de två utgångspunkterna inte tas för given. För att kunna dra slutsatser om denna relation måste sambandet mellan å ena sidan hälsa eller livskvalitet och å andra sidan nytta analyseras. Preliminära sådana analyser har genomförts i annat sammanhang och antyder att konflikten till viss del kan förklaras av oklara begrepp, men att en icke oansenlig konflikt ändå kvarstår mellan rättvisa och effektivitet (Bernfort 2001).

Resultaten av ovan nämnda analyser indikerar ett på marginalen avtagande förhållande mellan hälsa och nytta (se figur 5), särskilt då nytta mäts med TTO och i mindre utsträckning om RS används för detta syfte. De jämförelser som



gjorts ger visst stöd åt slutsatsen att de olika måtten förstås är korrelerade men att TTO (som här antas representera "hälsorelaterade nyttor") och RS ("hälsorelaterade värden") till en viss grad är på marginalen avtagande som en funktion av GH ("hälsa" enligt ett psykometriskt instrument). Detta innebär att nyttoökningen till följd av en hälsoförbättring av en viss storlek är som störst då det hälsotillstånd som förbättringen utgår från är som sämst. Nyttoökningen av en viss hälsoförbättring blir sedan mindre och mindre ju bättre hälsotillståndet är i utgångsläget. Med andra ord får hälsoförbättringar hos personer med dålig hälsa i utgångsläget större inflytande på nyttoproduktionen. Nyttomaximering har således inbyggt att hälsoförbättringar som tillkommer dem med dålig hälsa ges större vikt än de som tillkommer dem med bättre hälsa. Därför kan resultatet av nyttomaximering innebära en fördelning av hälsa som är någorlunda jämlig.

Figur 5. Avtagande marginalnytta av hälsa.



Resultaten leder alltså till slutsatsen att konflikten mellan prioriteringskriterierna (behovs)rättvisa och kostnadseffektivitet är överdriven. Oftast överdrivs konflikten på grund av begreppslig osäkerhet. Det är dock viktigt att komma ihåg och betona att analyserna har genomförts med hjälp av vissa specifika mätmetoder som tillämpats på en väldigt specifik population.<sup>42</sup> Generaliserbarheten är låg och resultaten bör betraktas som indikationer på hur relationerna mellan olika mått ser ut. Absolut jämlikhet i hälsa respektive nyttomaximering kan inte kombineras, men resultaten indikerar att nyttomaximering är förenlig med en någorlunda jämlig fördelning av hälsa.

<sup>42</sup> Patienter med hjärtsjukdom (instabil angina).

För att bättre kunna analysera förhållandet mellan hälsa och nytta bör dessa storheter kunna mätas enligt en kardinal skala. Ett potentiellt problem är att SF-36 dimensionen GH, liksom resultat från alla de dimensioner som ingår i SF-36, knappast kan anses ge kardinala utan snarare ordinala värden. Men även om alla de mått som här tillämpats inte ger kardinala värden så kan de ändå antas göra det möjligt att dra åtminstone preliminära slutsatser angående relationen mellan nytta och hälsa, samt den antagna konflikten mellan rättvisa och effektivitet.

### **6.1 Hur ska förekomsten av olika målsättningar hanteras?**

Det finns ett gap inte bara mellan upplevda behov och tillgängliga resurser i vården, utan också mellan teori och praktik i försöken att hantera prioriteringsproblematiken. Teoretiska kriterier och principer i vilka det slås fast hur prioriteringar ska göras är per definition väldigt förenklade och grovt formulerade. Sådana kriterier och principer är därför svåra att tillämpa i den medicinska praktiken där läkare och annan vårdpersonal ställs inför möten med patienter. Detta innebär situationer i vilka hänsyn till sådant som rättvisa och effektivitet av det slag som beskrivits här är både avlägsna och svårtillämpliga. I den medicinska praktiken används istället till stor del medicinsk-etiska tumregler och kliniska riskindikatorer för vägledning av beslut.

Prioriteringar anses av Sveriges Riksdag som nödvändiga och önskvärda, även om det nödvändiga och meningsfulla i att diskutera prioriteringar inom hälso- och sjukvården kan ifrågasättas. Det finns så många faktorer som inte kan påverkas och så många aktiviteter som inte kan prioriteras mellan. Nödvändigheten av att ta hand om akuta fall, av att ge palliativ vård i livets slutskede o.s.v. gör processen till stora delar låst av olika måsten och praktiska eller etiska restriktioner. Även om riktlinjer och idéer som exempelvis de som presenterats av prioriteringsutredningen är ganska lösa och ospecificerade, så kan de ändå vara relevanta i syfte att styra den kliniska verksamheten i en viss riktning. Kanske är det så långt man kan komma och vad man därför får nöja sig med inom delar av vården även om det innebär inslag av slump.

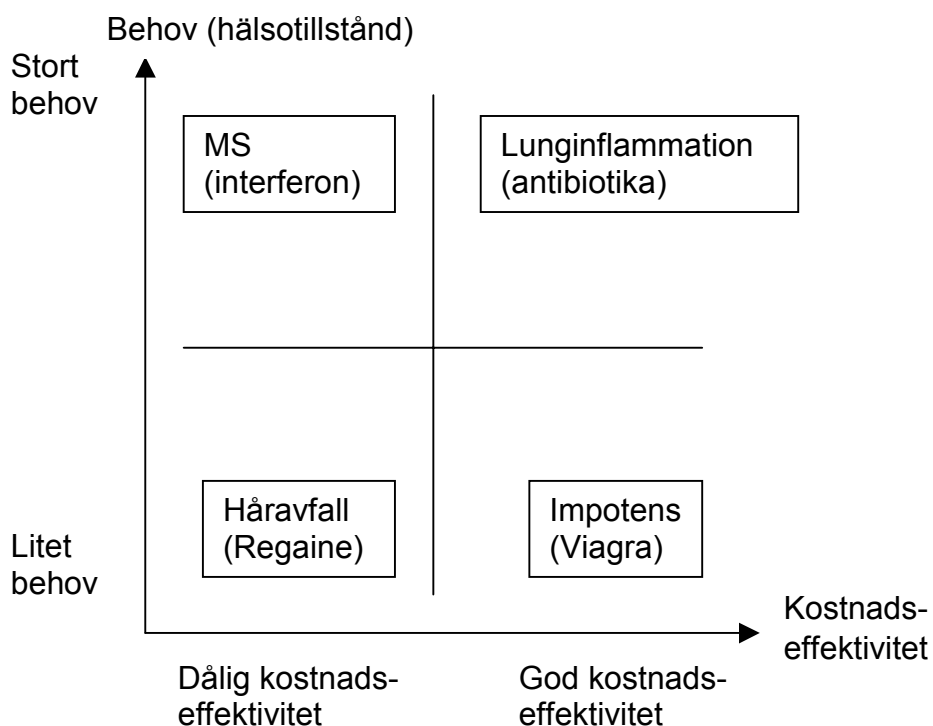
Det finns ett gap mellan teori och praktik och representanter för såväl en teoretisk som en praktisk ansats måste vara medvetna om skillnaderna sinsemellan och anpassa sina ståndpunkter i enlighet med dessa. Praktiker måste inse det nödvändiga i att prioritera och att en sådan process måste bygga på väl genomtänkta grunder. Teoretiker måste förstå den medicinska praktikens komplexitet och därigenom anpassa sina förväntningar med avseende på hur långt det är möjligt att nå i strävandena att uppnå teoretiskt formulerade mål. En rimlig ambition skulle exempelvis kunna vara att formulera några ganska lösa principer och regler, såsom i prioriteringsutredningens arbete, som ska vägleda prioriteringsprocessen. Sedan vore det troligen nödvändigt att inom varje medicinsk specialitet analysera och fastslå vilka regler som bör tillämpas för att följa de övergripande principerna. Ett sådant tillvägagångssätt skulle förstås inte

leda till att principerna följs i detalj, men till en strävan att anpassa sig efter dem och detta är kanske vad man från en teoretisk utgångspunkt måste nöja sig med.

För att initiera en prioriteringsprocess inom hälso- och sjukvården behöver ett rimligt mål med verksamheten fastställas. Målet skulle kunna inkludera mer än en strävan även om det är rimligt att anta att en strävan måste vara överordnad. Ekonomisk teori och hälsoekonomiska utvärderingar av kostnadseffektivitet borde ha en central position inom ramen för en rimlig målformulering. Analyser av kostnadseffektivitet bör utgöra en naturlig del av beslutsunderlaget vid prioriteringar. Önskan att inkludera en jämlikhetsaspekt vid utvärderingar av hälso- och sjukvårdsinsatser med traditionella verktyg som CBA, CEA, eller CUA<sup>43</sup> har uttalats i olika sammanhang. Önskan att beakta de båda potentiellt oförenliga kriterierna rättvisa och effektivitet ligger bakom intresset i denna rapport att analysera dessa kriterier med avseende på vad de egentligen betyder.

Att tala om strävandena efter (behovs)rättvisa respektive kostnadseffektivitet i termer av en konflikt, d.v.s. som om de vore fullständigt oförenliga, är kanske varken fruktbart eller särskilt relevant. Även om det tidigare i denna rapport indikerats att en sådan konflikt kan antas mindre allvarlig än vad man skulle kunna befara bör problematiken kanske istället hanteras i termer av att försöka finna en rimlig avvägning mellan de olika målsättningarna. Figur 6 nedan är avsedd att illustrera vad som menas med en sådan avvägning.

Figur 6. Avvägning mellan behov/rättvisa och kostnadseffektivitet.



<sup>43</sup> Står för "Cost-Benefit Analysis", "Cost-Effectiveness Analysis", respektive "Cost-Utility Analysis".

Här är för enkelhetens skull behov definierat som detsamma som hälsotillståndets allvarlighetsgrad, givet att relevant behandling för tillståndet finns tillgänglig. På Y-axeln, eller behovsaxeln, är hälsotillståndet sämre och därmed behovet större ju längre upp vi kommer. På X-axeln är kostnadseffektivitetskvoten (kostnad/effekt) lägre och därmed kostnadseffektiviteten bättre ju längre till höger vi kommer. Detta innebär att mer positiva effekter, här i termer av preferensbaserad nytta, erhålls i förhållande till mängden insatta resurser.

Exempel på tillstånd och behandlingar som kan placeras in enligt dimensionerna behovsgrad och kostnadseffektivitet ges i figuren. Såväl MS som lunginflammation är allvarliga tillstånd och därför förknippade med hög behovsgrad. Håravfall och impotens anses däremot oftast som lindriga tillstånd och förknippade med en låg grad av behov.<sup>44</sup> Interferonbehandling av MS är inte särskilt effektiv och därför förknippad med låg kostnadseffektivitet, medan fallet för antibiotika är tvärtom. Regaine mot håravfall har inte visat så goda resultat, vilket viagrabehandling för impotens däremot gjort och därav skillnaden i kostnadseffektivitet.

Av ovanstående exempel på olika behandlingar framgår att problematiken avseende resursfördelning inte är så enkel att man kan utgå från bara en av de båda målsättningarna (behovs)rättvisa eller kostnadseffektivitet. Utgår man t.ex. från enbart kostnadseffektivitet skulle detta medföra att behandling av impotens går före behandling av MS. En sådan prioriteringsordning skulle med största säkerhet väcka omfattande protester. Det är rimligt att de svåraste sjukdomarna (de som motsvarar högst behovsgrad) i princip behandlas före lindriga, men inte till vilket pris som helst.

En avvägning mellan behov och kostnadseffektivitet behövs, eftersom även behandlingars effektivitet och kostnader måste vägas in. Detta för att undvika att resurser ägnas åt behandlingar utan verkan eller att för mycket resurser ägnas åt behandlingar med väldigt liten verkan. Kostnadseffektivitet bör enligt resonemanget i denna rapport mätas med avseende på (hälsorelaterad) nytta. Detta innebär i och med antagandet om avtagande marginalnytta av hälsa att patienter/tillstånd med dålig hälsostatus implicit redan givits ökad vikt, d.v.s. att en hälsoförbättring av en viss storlek värderas högre ju sämre hälsotillståndet (mer angeläget behov) är från början. Detta skulle betyda att ju större behovet är, ju längre upp på behovsaxeln i figur 6 man befinner sig, desto mer skulle en hälsoförbättring av en viss storlek vara värd. Ett sådant antagande stöds av de analyser som genomförts, och som finns publicerade på annat håll (Bernfort 2001), där marginalnyttan av hälsa har påvisats vara avtagande.

---

<sup>44</sup> Även om detta gäller generellt är det möjligt att patienter med dessa tillstånd i enskilda fall kan anses ha hög grad av behov.

Om kostnadseffektivitet istället betraktats med avseende på hälsa skulle det innebära (jämfört med kostnadseffektivitet i termer av nytta) att behandlingar av tillstånd med låg behovsgrad ges bättre kostnadseffektivitet (flyttas till höger i figur 6), och att behandlingar av tillstånd med hög behovsgrad ges sämre kostnadseffektivitet (flyttas till vänster i figur 6). Med andra ord blir skillnaderna mellan behov och kostnadseffektivitet mindre, och avvägningsproblematiken mindre svår om hälsans avtagande marginalnytta beaktas genom att betrakta kostnadseffektivitet med avseende på (hälsorelaterad) nytta.

Försök har, t.ex. genom användning av s.k. EQALY (Lindholm m.fl. 1998),<sup>45</sup> gjorts att i ett och samma mått väga samman målsättningarna om rättvisa och kostnadseffektivitet. EQALY innebär att QALY-måttet (som ofta används då fokus ligger på kostnadseffektivitet) justeras med hänsyn till behovsrättvisa. Justeringen betyder att maximeringssträvan jämkas med avseende på hälsotillståndets svårighetsgrad, så att en hälsoförbättring ges större vikt ju sämre hälsotillstånd man utgår från. En liten hälsoförbättring för en svårt sjuk person kan på detta sätt ges företräde framför en betydligt större hälsoförbättring hos en friskare person eller framför att fler med en lindrigare sjukdom erhåller betydligt större sammanlagd hälsovinst. Resonemanget om EQALY baseras på antagandet att strävandena efter kostnadseffektivitet och behovsrättvisa avser samma grundläggande variabel, nämligen ”hälsa”. Följden av att tillämpa EQALY blir således ungefär densamma som att beakta den avtagande nyttan av hälsa, som innebär att nyttan av en hälsoförbättring är större ju sämre hälsotillstånd man utgår från.

## 6.2 Slutsatser

Sammanfattningsvis görs i denna rapport ett försök att inkludera en mer komplett bild av prioriteringsproblematiken, att ta hänsyn till de skilda utgångspunkterna i de olika föreslagna prioriteringskriterierna. Förutom den ökade förståelsen av problematiken som den breda ansatsen förhoppningsvis ger kan några mera konkreta slutsatser dras.

- De principer som är avsedda att vägleda prioriteringar inom vården innehåller oklara begrepp. Olika begrepp, som används för att beskriva hälsorelaterad status, blandas ofta ihop och används som om de betyder samma sak. Slutsatsen som dras här, grundat på begreppens underliggande teorier, är att hälsa och nytta bör skiljas mellan.
- Metoder för mätning av hälsorelaterad status, och som därför speglar vårdens produktion, kan antas överensstämma mer eller mindre bristfälligt med underliggande teori (särskilt vad gäller nytta). I flera fall kan dock metoderna antas ge relevanta indikationer.

---

<sup>45</sup> Equity adjusted QALY.

- Den begreppsliga oklarhet som ovan nämnts innebär att den potentiella konflikten mellan prioriteringskriterierna rättvisa och effektivitet inte behöver vara oundviklig, eftersom de fokuserar på olika aspekter av hälsorelaterade tillstånd. Enligt preliminära analyser är nyttan (mätt med TTO) av hälsa (mätt med dimensionen allmän hälsoupplevelse, GH ur SF-36) på marginalen avtagande. Med detta menas att ju bättre hälsa en individ har desto mindre nyttoökning ger en hälsoförbättring av en given storlek. Detta visar i sin tur att konflikten mellan rättvisa och effektivitet existerar men att den kan uppfattas allvarligare än den är på grund av begreppsliga oklarheter.
- En rimlig slutsats tycks ändå vara att rättvisa och effektivitet inte till fullo kan kombineras. Detta skulle kunna motivera Prioriteringsutredningens och senare Riksdagens rangordning av behovsprincipen (rättvisa) och kostnadseffektivitetsprincipen. Min ståndpunkt är att båda principerna är viktiga och att det är önskvärt att båda är närvarande vid prioriteringar (genom att försöka finna en avvägning mellan dem) snarare än att välja bort den ena. Denna avvägning, d.v.s. justering av kostnadseffektivitetsprincipen för behov blir mindre om avtagande marginalnytta av hälsa gäller.
- Av olika orsaker har ekonomiska utvärderingar i praktiken använts i begränsad omfattning för att påverka policybeslut och klinisk praxis (Coyle 1993, Hoffman & von der Schulenburg 2000). Eftersom resultaten här tycks visa att rättvisa och effektivitet inte är så oförenliga som tidigare antagits skulle detta tala för att ekonomiska utvärderingar kommer att få en ökad betydelse vid framtida beslut om resursfördelning.

## REFERENSER

Abel-Smith, B. & Maynard, A. (1979) *The organisation, financing, and cost of health care in the European Community*. EEC, Brussels.

Almeida, R. T. & Carlsson, P. (1996) Severity of a case for outcome assessment in health care – definitions and classifications of instruments. *Health Policy* 37:35-52.

Arrow, K. J. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review* 53:941-73.

Arrow, K. J. & Debreu, G. (1954) Existence of an equilibrium for a competitive economy. *Econometrica* 22:265-90.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1994) *Principles of biomedical ethics* (4<sup>th</sup> ed). New York: Oxford University Press.

Becker, G. S. (1964) *Human capital*. New York: Columbia University Press.

Bentham, J. (1988) *The principles of morals and legislation*. (new ed.). Amherst, N.Y.: Prometheus.

Bernard, C. (1957) *Introduction to the study of experimental medicine*. New York: Dover.

Bernfort, L. (2001) *Setting priorities in health care – studies on equity and efficiency*. Linköping Studies in Arts and Science (Diss.), Tema Hälsa och samhälle, Linköpings universitet.

Bleichrodt, H. & Johannesson, M. (1997) An experimental test of a theoretical foundation for rating-scale valuations. *Medical Decision Making* 17:208-16.

Boorse, C. (1977) Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 44:542-73.

Brazier, J., Jones, N. & Kind, P. (1993) Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research* 2:169-80.

Cohen, B. J. (1996) Is expected utility theory normative for medical decision making? *Medical Decision Making* 16:1-6.

Coyle, D. (1993) *Increasing the impact of economic evaluations on health-care decision-making*. Discussion Paper 108, Centre for Health Economics, University of York.

Cuadras-Morato, X., Pinto-Prades, J. L. & Abellan-Perpinan, J. M. (2001) Equity considerations in health care: the relevance of claims. *Health Economics* 10:187-205.

Culyer, A. J. & Wagstaff, A. (1992) *Need, equity and equality in health care*. Discussion paper 95, Centre for Health Economics, University of York.

Culyer, A. J. & Wagstaff, A. (1993) Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics* 12:431-57.

Daniels, N. (1985) *Just health care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Donaldson, C. (1999) Valuing the benefits of publicly-provided health care: does 'ability to pay' preclude the use of 'willingness to pay'? *Social Science & Medicine* 49:551-63.

Engelhardt, H. T. Jr. (1975) The concepts of health and disease. In Engelhardt & Spicker (eds.), *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*. Dordrecht: Reidel.

Froberg, D. & Kane, R. (1989a) Methodology for measuring health-state preferences-I: measurement strategies. *Journal of Clinical Epidemiology* 42:345-54.

Froberg, D. & Kane, R. (1989b) Methodology for measuring health-state preferences-II: scaling methods. *Journal of Clinical Epidemiology* 42:459-71.

Goldman, L., Garber, A. M., Grover, S. A. & Hlatky, M. A. (1996) Task Force 6. Cost Effectiveness of Assessment and Management of Risk Factors. *Journal of the American College of Cardiology* 27: 1020-30.

Ham, C. (1997) Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 42:49-66.

Hansson, S. O. (2001) *Rättvisa och effektivitet – en idéanalys*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Ds 2001:42.

Harrison, S. (1995) A policy agenda for health care rationing. *British Medical Bulletin* 51:885-99.



Henriksson, M. & Carlsson, P. (2002) Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D. *CMT Rapport 2002:1*, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), Linköpings universitet.

Hoffmann, C. & von der Schulenburg, J. M. G. (2000) The influence of economic evaluation studies on decision making. A European survey. *Health Policy* 52:179-92.

*Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2000*. Socialstyrelsen. Stockholm.

Jeffner, A. (1989) I Philipson, S. M. & Uddenberg, N. (red.). *Hälsa som livsmening*.] Stockholm: Natur och kultur.

Johannesson, M., Blomquist, G. C., Blumenschein, K., Johansson, P. O., Liljas, B. & O’Conor, R. M. (1999) Calibrating hypothetical willingness to pay responses. *Journal of Risk and Uncertainty* 18:21-32.

Jönsson, B. (1977) *Sjukvårdsekonomi*. Stockholm: AWE/Geber.

Jönsson, B. & Rehnberg, C. (1987). *Effektivare sjukvård*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Klein, R., Day, P. & Redmayne, S. (1995) Rationing in the NHS: the dance of the seven veils-in reverse, *British Medical Bulletin* 1:769-80.

Klose, T. (1999) The contingent valuation method in health care. *Health Policy* 47:97-123.

Lindholm, L., Rosen, M. & Emmelin, M. (1998) How many lives is equity worth? A proposal for equity adjusted years of life saved. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52:808-11.

Lipsey, R. G., Steiner, P. O., Purvis, D. P. & Courant, P. N. (1990) *Economics* (ninth edition). New York: Harper & Row Publishers Inc.

Liss, P-E. (1993) *Health Care Need*. Aldershot: Avebury.

Liss, P-E. (1999) Setting goals in health promotion. A conceptual and ethical platform. *Medicine, Health Care and Philosophy* 3:169-73.

Liss, P-E. (2002) Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. *Prioriteringscentrums rapportserie 2002:4*.

Luenberger, D. G. (1995) *Microeconomic theory* (international edition). New York: McGraw-Hill Inc.

Lundberg, L., Johannesson, M., Isacson, D.G.L. & Borgquist, L. (1999) The relationship between health-state utilities and the SF-12 in a general population. *Medical Decision Making* 19:128-40.

Lyttkens, C. H. (1994) Access, need, equity and priorities in health care. I *Studier i hälsoekonomi* (s. 155-69). Lund: Lunds universitet, Nationalekonomiska institutionen.

McCloskey, H. J. (1976) Human needs, rights and political values. *American Philosophical Quarterly* 13:1-11.

McCombs, R. P. (1971) *Fundamentals of internal medicine* (4<sup>th</sup> ed.). Chicago: Year Book Medical Publishers.

McKie, J., Kuhse, H., Richardson, J. & Singer, P. (1996) Allocating health care by QALYs: the relevance of age. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 5:534-45.

Meyer, K., Samek, L., Pinchas, A., Baier, M., Betz, P. & Roskamm, H. (1995) Relationship between ventilatory threshold and onset of ischaemia in ECG during stress testing. *European Heart Journal* 16:623-30.

Mill, J. S. (1969) *Utilitarianism*. In *The collected works of John Stuart Mill* (vol.10). Toronto: University of Toronto Press.

Mill, J. S. (1996) *On liberty*. (Edited with an introduction by Currin V. Shields). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Miller, D. (1976) *Social justice*. Oxford: Clarendon Press.

Mishan, E. J. (1975) *Cost-benefit analysis*. London: George Allen & Unwin.

Mooney, G. H. (1977) *The valuation of human life*. London: Mac Millan.

Nord, E. (1999) Towards cost-value analysis in health care. *Health Care Analysis* 7:167-75.

Nordenfelt, L. (1987) *On the nature of health*. Dordrecht: Reidel.

- Nordenfelt, L. (1991a) Om betydelsen av att studera hälso- och sjukdomsbegrepp. I Liss, P-E. & Nordenfelt, L. (eds.), *Hälsa, sjukdom, livskvalitet*. SHS 12, Linköpings universitet, Tema Hälsa och samhälle.
- Nordenfelt, L. (1991b) *Livskvalitet och hälsa*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Nozick, R. (1974) *Anarchy, state, and Utopia*. New York: Basic.
- Pörn, I. (1984) An equilibrium model of health. In Nordenfelt, L. & Lindahl, B. I. B. (eds.). *Health, disease, and causal explanations in medicine*. Dordrecht: Reidel.
- Rawls, J. (1973) *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ready, R. C., Buzby, J. C. & Hu, D. Y. (1996) Differences between continuous and discrete contingent value estimates. *Land Economics* 72:397-411.
- Sahlin, J. (2000) *Hälso- och sjukvårdslagen: med kommentarer (6:e utgåvan)*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Sjukvården i Sverige 1998*. Socialstyrelsen. Stockholm.
- SOU 1993:93, *No easy choices – the difficult priorities of health care*. Report by The Health Care and Medical Priorities Commission. Socialdepartementet, Stockholm.
- SOU 1995:5, *Priorities in health care – ethics, economy, implementation*. Final report by the Swedish Parliamentary Priorities Commission. Socialdepartementet. [Department of social affairs]. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1996:163, *Behov och resurser i vården – en analys*. Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1997:119, *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet*. Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1999:137, *Hälsa på lika villkor/andra steget mot nationella folkhälsomål*. Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2000:86, *Den nya läkemedelsförmånen*. Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes.
- Statistics Sweden (2001) *Population*, [www.scb.se](http://www.scb.se).

Stålhammar, N. O. (1996) An empirical note on willingness to pay and starting-point bias. *Medical Decision Making* 16:242-7.

Säfström, K., Lindahl, B. & Swahn, E. (2000) Risk stratification in unstable coronary artery disease – exercise test and troponin T from a gender perspective. Frisc-Study Group. Fragmin during instability in coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology* 35:1791-1800.

Thomson, G. (1987) *Needs*. London: Routledge & Paul Kegan.

Torrance, G. W. (1986) Measurement of health state utilities for economic appraisal. *Journal of Health Economics* 5:1- 30.

Torrance, G. W., Feeny, D. & Furlong, W. (2001) Visual analog scales: do they have a role in the measurement of preferences for health states? *Medical Decision Making* 21:329-34.

Tranöy, K-E. (1975) 'Ought' implies 'can': A bridge from fact to norm (part II)? *Ratio* 17:147-75.

Von Neumann, J. & Morgenstern, O. (1944) *Theory of games and economic behavior*. Princeton University Press.

Wakker, P. & Stiggelbout, A. (1995) Explaining distortions in utility elicitation through the rank-dependent model for risky choices. *Medical Decision Making* 15:180-6.

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993) *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.

Weisbrod, B. A. (1968) *Economics of public health: measuring the economic impact of diseases*. Philadelphia: University of Pennsylvania Philadelphia.

Whitbeck, C. (1981) A theory of health. In Caplan, A. L., Engelhardt, H. T. & McCartney, J. J. (eds.). *Concepts of health and disease: Interdisciplinary perspectives*. Reading, MA: Wesley Publishing Company.

Wiggins, D. (1987) *Needs, value, truth*. Oxford: Basil Blackwell.

## **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.