



JUNI  
2010

Svensk sjuksköterskeförening om...

# OMVÅRDNAD, HÄLSOEKONOMI OCH PRIORITERINGAR

## **Målet för omvårdnad – Människan och hennes hälsa**

Hälsa ses som en process som människan själv upplever och skapar i det dagliga livet. Personens upplevelse av ohälsa kan påverkas av bland annat sjukdom, skada, lidande och smärta men även av fattigdom, arbetslöshet och avsaknad av sociala relationer. Målet för omvårdnad är hälsa och välbefinnande. All omvårdnad har en etisk dimension.

Hälsoekonomi, som studerar kostnader och värdet av olika insatser, är nära knutet till etik och öppenhet om prioriteringar. Inom den offentligt finansierade vården i Sverige finns en uttalad värdegrundsplattform som föreskriver att all vård ska baseras på de tre etiska principerna människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer utgör samhällets etiska plattform och ska vägleda ställningstaganden om olika insatsers rangordning och om vad som bör ges företräde på grupp-nivå.

Inom omvårdnad, och enligt ICNs etiska kod för sjuksköterskor (2007) har sjuksköterskan moraliskt ansvar för att "respektera mänskliga rättigheter i termer av olikheter, autonomi och rättvisa, för att utveckla och bevara sin yrkeskompetens och professionalitet och för att ingripa när människors hälsa hotas". Sjuksköterskor är skyldiga att agera om de i sin yrkesutövning möter missförhållanden som går ut över patienter. Detta gäller oavsett om missförhållandena beror på resursbrist, bristande ledarskap, icke ändamålsenlig organisation eller miljö samt bristande kompetens. Det är därför av stor betydelse att varje sjuksköterska utvecklar ett personligt förhållningssätt till profes-

nens etiska kod och till samhällets etiska normer (värdegrundsplattformen) för att kunna utveckla omvårdnaden och ha mod att stå fram som en förebild.

### **Hälsoekonomi handlar om att hushålla med ändliga resurser**

Den vetenskapliga disciplinen hälsoekonomi har utvecklats utifrån behovet av att inom hälso- och sjukvården uppnå en effektiv resursfördelning i relation till att vården förväntas vara behovsstyrd och rättvis. Hälsoekonomi handlar om att hushålla med ändliga resurser och hälsoekonomisk utvärdering innebär att utvärdera och jämföra olika insatsers kostnader i relation till dess effekter (Drummond *et al*, 2005). Resurser utgörs inte enbart av medel/pengar utan omfattar även tid, utrustning och personalens kompetens.

Hälsoekonomisk utvärdering syftar till att analysera vilken av två, eller flera alternativa behandlingar som är mest kostnadseffektiv. Detta sker genom att jämföra kostnader och nyttan av de möjliga behandlingsalternativen, i relation till hälsa och livskvalitet. Det finns olika tekniker för att genomföra utvärderingen och det vanligaste perspektivet är att utvärderingen sker utifrån ett samhälls- och ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Drummond *et al* (2005) beskriver fyra vanliga metoder för ekonomisk utvärdering. Alla metoderna innebär att man jämför olika åtgärder eller program och olikheterna beror på hur man beaktar skillnader i åtgärdernas effekt på hälsan.

- Kostnadsminimeringsanalys (CMA) är den enklaste formen av analys. Den används när effekterna förväntas vara likvärdiga och analysen enbart berör kostnader i syfte att finna den billigaste åtgärden.
- I en kostnadseffektivitetsanalys (CEA) är kostnadsanalysen kombinerad med en utvärdering av effekter i fysiska enheter som till exempel antal dagar utan bensår under ett år.
- En tredje metod kallas kostnadsintäktsanalys (CBA) där både effekt och resurser skattas i kronor. Effekten översätts i kronor genom att patienten tillfrågas om hur mycket han/hon är beredd att betala för att få den aktuella behandlingen, en metod som kallas "willingness-to-pay".
- I den fjärde analysmetoden, kostnadsnyttoanalys (CUA) skattas förbättring av hälsa i kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs, Quality Adjusted Life Years). QALY är en kvalitetsvikt som innebär att kombinera livskvalitet med en tidsaspekt.

### **Relevanta instrument krävs för att värdera förändringar i hälsa**

Drummond *et al* (2005) beskriver tre olika instrument för att värdera förändringar i hälsa. Dessa är Quality of Well-Being (QWB), Health Utility Index (HUI) och EuroQol (EQ-5D). EQ-5D är validerat och översatt till svenska och är tillsam-

mans med SF-36 det mest använda generella instrumenten för att mäta hälso-relaterad livskvalitet. Varje dimension av hälsorelaterad livskvalitet mäts i tre svårighetsgrader, till exempel skattas hygien med ett av följande påståenden:

1. jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
2. jag har vissa problem med att tvätta eller klä mej själv
3. jag kan inte tvätta eller klä mej själv.

Dessa uppskattade värden kan sedan översättas till QALYs (Quality Adjusted Life Year, kvalitetsjusterade levnadsår). Om en åtgärd ökar livskvaliteten och/eller livslängden kan det uttryckas i vunna QALYs. Enbart insatser som ökar livskvaliteten och/eller livslängden (patientnyttan) har värde. När effekten mäts i QALYs blir det också möjligt att jämföra kostnader och effekter mellan olika åtgärder. Om vi väljer att använda oss av CUA (kostnadsnyttoanalys), kan vi också värdera flera effekter som är av intresse för omvårdnad. CUA är också intressant ur synvinkeln att en jämförelse av kostnader och effekter möjliggörs mellan omvårdnadsåtgärder och andra åtgärder i hälso- och sjukvården.

Det verkar således rimligt att hälsoekonomisk analys skulle kunna användas närhelst effekter av omvårdnad kan mätas för att utgöra ett underlag för beslut. Vad som krävs är att kunna mäta ohälsa/hälsa före och efter en åtgärd och den tidsåtgång/kostnad åtgärden tar i anspråk.

### **Behov av hälsoekonomisk utvärdering av omvårdnad**

Hälsoekonomisk utvärdering av omvårdnad behövs av flera orsaker. Dels för att värdera om de omvårdnadsinsatser som görs är de bäst lämpade, dels för att jämföra kostnader och effekter av omvårdnad med till exempel kostnader och effekter av alternativa insatser, till exempel av medicinsk eller farmakologisk karaktär (läkemedel). När omvårdnadens värde/nytta diskuteras är det relevant att utgå från vad som är god vård och god omvårdnad. God omvårdnad innebär bland annat att personer tillförsäkras en god och säker vård utifrån behov och den aktuella situationen. Omvårdnadens kvalitet avgörs i stor utsträckning av enskilda sjuksköterskors kompetens, hur de bemöter personer och hur omvårdnadsinsatserna genomförs.

### **Prioriteringar**

Inom såväl landstings- som kommunal vård utgör omvårdnad en omfattande och betydelsefull del. Det finns ett växande gap mellan vårdbehov och vad som kan göras å ena sidan och tillgängliga resurser å andra. Detta innebär att vi måste prioritera. Ordet prioritera betyder "att sätta före", något väljs, något annat väljs bort eller senareläggs. Prioriteringar har alltid gjorts och de kommer att krävas också fortsättningsvis, men hittills har de ofta skett i det fördolda. Alla beslut om hur tillgängliga resurser inom vård och omsorg ska fördelas

kan vara mer eller mindre medvetna och öppna, men vi kan aldrig välja att inte prioritera. Hos vårdpersonal finns ett växande intresse för att utveckla en sådan öppenhet då prioriteringar till stor del handlar om hur den målstyrda verksamheten ska uppnås.

Den typ av prioritering som sker inom specialiteter eller sjukdomsgrupper/ohälsogrupper brukar kallas *vertikal prioritering*. Syftet med öppna vertikala prioriteringar är framför allt att ta fram stöd för kliniska beslut och uppnå intentionerna i prioriteringsutredningen och säkerställa en behovsstyrd vård på rättvis grund. På den övergripande nivån betecknar *horisontella prioriteringar* val mellan sjukdomsgrupper/ohälsogrupper, verksamhetsområden, kliniker eller vårdcentraler. Detta är i huvudsak ett politiskt ansvar och syftet är att på nationell/regional/lokal nivå fördela resurser utifrån hur man vill styra och nå de uppställda målen. Uppdelningen mellan *vertikala och horisontella prioriteringar* är ett sätt att markera en rollfördelning där politikerna har huvudansvaret för de horisontella prioriteringarna, medan vårdens professioner har huvudansvaret för de vertikala prioriteringarna. Större öppenhet vid prioriteringar och stöd för beslut, var en ledstjärna för riksdagen när den fattade beslut om den etiska plattformen som gäller sedan år 1997. Hur dessa intentioner ska realiseras i praktiken har debatterats sedan dess men i det patientnära arbetet görs prioriteringar fortfarande nästan alltid dolt.

### **Öppna prioriteringar kopplat till etisk plattform**

Öppna prioriteringar innebär att vilka prioriteringar som görs och grunden för prioriteringarna redovisas, så att alla intressenter – patienter, allmänhet, beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal – är informerade och har möjlighet att påverka hur prioriteringarna görs. Grundtanken med öppenhet om prioriteringar är att öka den demokratiska insynen och underlätta diskussioner inom vård och omsorg, såväl bland intresserade medborgare som på vilka grunder vi bör genomföra prioriteringar. En välinformerad allmänhet förväntas i framtiden spela en större roll i detta sammanhang.

Riksdagens beslut om prioriteringar inom vård och omsorg gäller sedan år 1997. En etisk plattform formulerades av tre generella principer som alla ska ligga till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården. De tre principerna är:

1. människovärdesprincipen
2. behovs- och solidaritetsprincipen
3. kostnadseffektivitetsprincipen.

Dessa principer är internt ordnade, så att människovärdesprincipen är helt överordnad behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur är helt överordnad kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen avser alla människors

lika värde och samma rätt oberoende av egenskaper och funktion i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurser bör satsas på de områden där behoven är störst och att vi ska värna de grupper som har mindre möjligheter än andra att göra sina röster hörda och nyttja sina rättigheter. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att en rimlig relation mellan kostnad och nytta bör eftersträvas där nyttan mäts i förbättrad hälsa eller livskvalitet. Denna princip ska vara underordnad människovärdes- och behovs- solidaritetsprincipen. Således utgör kostnadseffektiviteten för olika insatser inom hälso- och sjukvård en del i ett underlag som är rådgivande för beslut om kunskapsstyrd vård.

I en kartläggning som genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen (Vårdens allt för svåra val, 2007) framkom att det fortfarande knappast fanns några beslut om fördelning och prioritering av resurser som gjordes öppet samt att sjukvårdspersonalen fick ta det största ansvaret för att besluta om och genomföra ransonering av vården. Dessa tycktes också i liten utsträckning vara medvetna om de etiska principer som ska styra prioriteringar i vården. Få kände till den etiska plattformen och lokala mallar eller styrdokument var ovanliga. Detta visade att det saknades nödvändiga förutsättningar för tillämpning av riksdagens prioriteringsbeslut och att det inte heller fanns tydliga strategier för hur man vill skapa sådana förutsättningar inom landsting och kommuner. Personal inom kommunala vård- och omsorgsverksamheten ansåg sig i liten utsträckning vara berörd av den etiska plattformen och prioriteringsprinciperna. Någon gemensam prioritering mellan huvudmännen förekom inte heller.

Som stöd för mer öppna vertikala prioriteringar har en nationell modell utvecklats i samarbetet mellan olika aktörer inom vården (regioner, landsting och professioner). Modellen avser att väva samman den etiska plattformens intentioner med faktaunderlag (vetenskap och beprövad erfarenhet) som också innefattar bedömning av kostnadseffektivitet för olika åtgärder. Denna modell ligger i linje med den modell som utgör grund för Nationella riktlinjer inom olika diagnosområden. Modellens kliniska tillämpbarhet inom omvårdnad har prövats inom strokevård (Jacobsson 2006, Engström 2009). Resultatet visar att den utgör ett pedagogiskt verktyg för att resonera öppet om vertikala prioriteringar.

### **Forskning om hälsoekonomisk utvärdering av omvårdnad**

Ekonomisk och hälsoekonomisk utvärdering av omvårdnad har en förvånansvärt lång historia även om den har begränsats till få områden. Redan år 1916 publicerades i USA en kostnadsanalys av sjuksköterskeutbildningen. Därefter har ett antal litteratursammanställningar genomförts inom området men fram till 1970-talet fanns inga studier som utvärderat effekter i relation till patientnytta.

I en litteraturoversikt visar Lämås och medarbetare (2009) att antalet studier har ökat kraftigt från år 2000 fram till 2007. Sammantaget analyserades 115 studier om omvårdnadsmetoder och där utfallsmåttet innebar skattning utifrån ett patientperspektiv. Den största ökningen av antalet studier sågs från år 2003, med en toppnotering för år 2004 (n=15). Under de studerade åren (1987-2007) var 50 procent av studierna publicerade de senaste fyra åren vilket visar att intresset för dessa frågeställningar har ökat.

### **Det behövs mer forskning inom omvårdnad och hälsoekonomi**

Det behövs fler bra studier inom omvårdnad som omfattar ett hälsoekonomiskt perspektiv. Omvårdnad brukar beskrivas som bestående av två dimensioner. Den ena dimensionen är en sakaspekt som innefattar att lösa en uppgift vilket sker inom ramen för den andra dimensionen, en relation. Inom omvårdnad ses handlingen/åtgärden och relationen som varandras förutsättningar och just mötet beskrivs ha stor betydelse för hur vården upplevs. Om relationen har betydelse i sig, utan hänsyn till om den påverkar upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet, finns inte beskrivet i hälsoekonomiska analyser. Relationens betydelse finns inte omnämnd inom hälsoekonomi och det är också okänt om dessa värden kan fångas av de livskvalitetsinstrument som används inom hälsoekonomi. Här finns en stor potential för forskning och utvecklingsarbeten. Det behövs även en utveckling av metoder för att värdera patientnytta i relation till omvårdnadsåtgärder. På samma sätt som exempelvis olika operationsmetoder rangordnas och prioriteras med avseende på patientnytta, måste också relevanta omvårdnadsåtgärder rangordnas och prioriteras utifrån ett brett behovsperspektiv så att patientnytta kan uppnås och icke ändamålsenliga åtgärder utrangeras.

## **Slutord**

Gapet mellan tillgängliga resurser och den vård som är möjlig att ge ökar ständigt inom hälso- och sjukvården. Detta kan leda till att omvårdnaden inte prioriteras, ett förhållande som understryks av att det saknas lokala riktlinjer för vertikala prioriteringar.

Diskussioner om öppnare prioriteringar som har sin grund i hälsoekonomisk utvärdering är en nödvändig utveckling för att säkerställa att tid och kompetens används för patients bästa. Avslutningsvis vill vi framhålla att det finns ett stort behov av att i multidisciplinär forskning systematisera kunskaper om kostnads-effektivitet på olika nivåer. Kartläggning, utvärdering och reflektion om etiska aspekter vid prioriteringar utifrån ett brett behovsperspektiv är angeläget.

## Referenser

Drummond, M., Sculper, M., Torrance, G., O'Brien, B., & Stoddart, G. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Third edition, Oxford University Press, New York.

Engström, B. (2009). *Tvårprofessionell prioritering inom strokevård med stöd av nationell modell för öppna vertikala prioriteringar*. Ett samarbetsprojekt mellan FSA, LSR, Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet. Linköping: PrioriteringsCentrums rapport 2009:3.

*ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (2007). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jacobsson, C. (2006). *Öppna prioriteringar – ett försök att tillämpa en arbetsmodell för vertikala prioriteringar inom omvårdnad vid stroke*. Linköping: PrioriteringsCentrums rapport 2006:5.

Lämås, K., Willman, A., Lindholm, L. & Jacobsson, C. (2009). *Economic evaluation of nursing practices: a review of literature*. *International Nursing Review*, 56(1)13-20.

PrioriteringsCentrum (2007). *Vårdens allför svåra val?* Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvård. Linköping: PrioriteringsCentrum, Rapport 2007:2.



SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING Baldersgatan 1 114 27 Stockholm  
Tel vx 08 412 24 00 Fax 08 412 24 24  
E-post [ssf@swenurse.se](mailto:ssf@swenurse.se) [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)

**Stärker sjuksköterskans profession**

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionella organisation. Vi företräder professionens kunskapsområde med syfte att främja forskning, utveckling, utbildning samt kvalitetsutveckling inom vård och omsorg. Alla legitimerade sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande kan bli medlemmar. [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)