

»Sjukvård efter behov« är inte en självklarhet

BEHOVSBEGREPPET ÄR INTE HELT LÄTT ATT TILLÄMPA I KLINISK VARDAG

Helena Dreber,
allmänläkare, Vård-
centralen Hökar-
ängen, Farsta
● helena.dreber@ki.se

Niklas Juth, docent,
institutionen för
lärande, informatik,
management och etik,
Karolinska institutet

Tiit Mathiesen,
professor, överläka-
re, neurokirurgiska
kliniken, Karolinska
universitetssjukhuset,
samtliga Stockholm

»Behov« är ett ständigt aktuellt begrepp i diskussioner om prioritering av hälso- och sjukvårdens resurser. I debatten antyds det att patienter erbjuds och söker vård vid fel instans (t ex vid akutmottagning i stället för på vårdcentral) eller vid fel tidpunkt (t ex »för tidigt« i ett sjukdomsförlopp) [1-3]. Dessa vårdmönster diskuteras i termer av att patienter efterfrågar sjukvård »utan att samtidigt ha ett medicinskt vårdbehov« eller att sociala problem medikaliseras [2, 4] och att sjukvård på ett problematiskt sätt kommit att betraktas som vilken annan tjänst på marknaden som helst.

Bland vårdgivarna kan ett »för tidigt« eller »för frekvent« uppsökande av vård också ge upphov till en föreställning om att konstaterat friska patienter tar utrymme från dem som har ett reellt medicinskt behov av vård. Behov ställs sålunda mot efterfrågan, och det verkar ibland finnas en diskrepans mellan patienters och vårdgivarens uppfattning av om ett sjukvårdsbehov föreligger, liksom på vilken nivå vårdbehovet ska bedömas. Primärvården kan exempelvis agera portvakt gentemot specialistsjukvården i fall där patientens och läkarens bedömning av sjukvårdsbehovet skiljer sig åt.

Med utgångspunkt från ovan nämnda diskrepans finner vi anledning att diskutera behovsbegreppet och dess tillämpning i sjukvården.

Behovsbegreppets ställning i hälso- och sjukvård

Begreppet »behov« är centralt inom svensk hälso- och sjukvård och omnämns redan i hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf: »Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården« [5].

Behovsbegreppet har också en central plats i prioriteringsplattformen, i form av »behovs- och solidaritetsprincipen«. Principen utgör enligt lagen den viktigaste grunden för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Människovärdesprincipen är visserligen överordnad, men denna princip ger lite vägledning i prioriteringsbeslut eftersom den i första hand erbjuder prioritering på uppenbart illegitima grunder såsom kön, religiös tillhörighet eller social ställning [6].

Behovsbegreppets innebörd

Vad som menas med ett sjukvårdsbehov är dock inte entydigt. Vad är ett behov? Och vilka patientbehov ska hälso- och sjukvården tillgodose?

Behov flyter inte runt fritt; det är någon (patienten) som har ett behov av något för att uppnå något, exem-

»Vad som menas med ett sjukvårdsbehov är dock inte entydigt. Vad är ett behov? Och vilka patientbehov ska hälso- och sjukvården tillgodose?«

pelvis bättre hälsa eller livskvalitet. Behovsbegreppet är därför ett treställigt predikat: någon behöver något för att kunna uppnå något. Att säga att en patient behöver en vårdinsats är ett kortfattat sätt att uttrycka att patientens hälsa skulle kunna förbättras av vårdinsatsen i fråga [7].

Detta innebär att behov inte är ett slags önskningsar: man kan behöva något utan att vilja ha det eller ens vara medveten om att man behöver det. Det innebär också att patienter inte kan ha behov av något som inte kan göra något för dem: t ex kan någon som inte har diabetes inte behöva en insulinpump eller kontinuerlig glukosmonitorering, och man kan inte ha behov av antibakteriell behandling med mindre än att man har en bakteriell infektion [8].

Den språkliga analysen av behov säger i sig inget om vilka vårdbehov som hälso- och sjukvården bör tillgodose [7]. Det senare är en normativ fråga, som därmed kräver normativa ställningstaganden. Det tar oss till nästa fråga: Vilka patientbehov ska hälso- och sjukvården tillgodose? Ska hälso- och sjukvården maximera befolkningens hälsa såsom »hälsa« definieras av Världshälsoorganisationen eller ska insatserna främst riktas mot att behandla och förebygga definie-

HUVUDBUDSKAP

- Begreppet »behov« är centralt inom svensk sjukvård, men inte entydigt.
- Artikeln lyfter fram betydelsen av den medicinska bedömningen av patientens behov av medicinska åtgärder i varje patientmöte.
- Artikeln diskuterar behovsbegreppet visavi prioriteringsplattformen och läkarens roll i prioriteringar av vårdinsatser för enskilda patienter.

rade sjukdomar? Världshälsoorganisationens hälso-begrepp är mycket omfattande. Ett uppdrag att maximera sådan hälsa kan upplevas obegränsat och kanske också omöjligt.

Diskrepans i behovsbedömningen – förslag på lösning

Enligt svensk lag ska hälso- och sjukvården tillhandahålla åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador [9]. Vidare ska hälso- och sjukvården befrämja hälsa och livskvalitet, vilket utökar möjligheterna att hävda att vårdbehov föreligger. Men även med större möjligheter för patienter att hävda vårdbehov kan det finnas en diskrepans mellan patientens upplevelse av vårdbehov och vårdprofessionellas bedömning av patientens behov. Det kan röra sig om patienter som har lindriga, självläkande åkommor eller som inte »mår bra« - men utan att egentligen vara sjuka såsom sjukdom kan förstås av en medicinskt skolad person.

Aktuella undersökningar visar att läkare i mindre utsträckning är benägna att erbjuda vård till patienter som kan anses ha förorsakat sin sjukdom själva genom exempelvis rökning [10]. Dessa patienter bedöms också i mindre utsträckning ha medicinsk indikation för vård, vilket kan ses som en bedömning av deras behov.

Att ifrågasätta patienters behov av vård för att deras ohälsa kan uppfattas som självförvållad är dock att blanda ihop två skilda frågor: å ena sidan patientens eventuella ansvar för sin ohälsa och å andra sidan patientens behov för åtgärder mot sin ohälsa. I enlighet med prioriteringsplattformen bör överväganden om patienters eventuella ansvar inte påverka bedömningen av vårdbehovet.

Diskrepansen mellan vårdgivarens och patientens syn på behov visar att de två parterna inte alltid har samma uppfattning om vilka behov som föreligger. En förklaring till denna diskrepans kan vara att patienten söker för att få en förklaring till sina besvär, medan vårdgivaren i första hand funderar över möjliga medicinska behandlingar. Exempelvis kan den geografiska isoleringen mellan generationer göra att föräldrar vänder sig till vården för professionell bedömning av sina barn i situationer där far- och morföräldrar tidigare utgjorde den naturliga första instansen.

När det är uppenbart för vårdgivaren att behandlingar inte är motiverade tycker hon/han inte heller att det finns ett behov av sjukvård. En vårdkontakt med en patient som har en självläkande virus kan med detta synsätt betraktas som »onödig«.

Diskrepansen mellan patienters och läkares syn på om/vilket vårdbehov som föreligger illustreras också i forskningsresultat som visar att cancerpatienter accepterar biverkningar i högre grad än vårdpersonal; för patienten inger behandlingen i sig ett hopp om bot [11]. Forskning visar också att cancerpatienter önskar alternativa behandlingar för att de skänker optimism, samtidigt som läkare dömer ut samma behandlingar som verkningslösa [12].

Frågan hur hälso- och sjukvården bör hantera situationer där det råder en diskrepans mellan patientupplevda behov och vårdgivarens behovsbedömning blir möjligen enklare om man delar upp vårdgivarens

»Detta innebär att behov inte är ett slags önskningar: man kan behöva något utan att vilja ha det eller ens vara medveten om att man behöver det.«

insatser i tre delkomponenter: diagnos, prognos och behandling. Vi menar att patienten under konsultationen alltid bör kunna förvänta sig diagnos, prognos, och information om vilka insatser som är medicinskt meningsfulla för den enskilda patienten.

Vi hävdar därmed att sjukvårdens primära arbetsuppgift just är en professionell medicinsk bedömning av diagnos, prognos och behandlingsval för det som patienten söker vård för. I den initiala medicinska bedömningen ingår således att bedöma om det finns åtgärder inom hälso- och sjukvården som kan hjälpa patienten utöver att ge henne eller honom stöd och förståelse för sina symtom.

Många patienter söker vård utan att de kommer att kunna erbjudas en medicinsk behandling. Dessa patienter kan dock ha behov av att kunna förstå sina symtom och hantera oro. Den professionella medicinska bedömningen är oftast en förutsättning för att uppnå denna förståelse.

Efter den initiala bedömningen kan behovsprincipen, med stöd av ovan gjorda analys av vårdbehov, ges en »portvaksroll«: Om det inte finns några åtgärder som kan hjälpa patienten till bättre hälsa, kan ingen hävda att patienten »behöver« en vårdåtgärd utöver den initiala medicinska bedömningen [13]. Detta kan exempelvis gälla när behandlingar över huvud taget saknas eller om behandlingarna är verkningslösa för att förbättra prognosen jämfört med naturalförloppet.

Däremot kan man som patient alltjämt ställa mycket höga krav på den medicinska kvaliteten av diagnostik och prognos.

Behovsbegreppet och prioritering

Behovsdiskussionen är starkt knuten till prioriteringsdiskussionen [14]. Oavsett om vi ser till upplevda eller faktiska vårdbehov måste vården ibland ransoneras [6, 15], dvs tillgängligheten av vårdinsatser måste av olika skäl begränsas. Därmed måste behov graderas som större eller mindre, med andra ord prioriteras, för att möjliggöra vårdransonering enligt behovsprin-

»I enlighet med prioriteringsplattformen bör överväganden om patienters eventuella ansvar inte påverka bedömningen av vårdbehovet.«

cipen. Men finns det över huvud taget ett praktiskt användbart sätt att bedöma vårdbehovs storlek objektivt?

I många dokument får man intrycket att sjukdomstillståndets allvarlighetsgrad är det enda som spelar roll för storleken av vårdbehovet: »sjukast först« [14-16]. Vi konstaterade emellertid tidigare att man inte kan behöva en åtgärd som inte kan förbättra hälsa eller livskvalitet. Analysen av behovsbegreppet antyder att storleken av vårdbehov torde vara avhängig åtminstone två faktorer [16]:

- patientens hälsa (ju sämre ställd, desto större behov och desto starkare anspråk på att prioriteras)
- effekten av åtgärden på patientens hälsa (ju större effekt, desto större behovsuppfyllelse av den åtgärden och desto starkare anspråk på att prioriteras).

Man kan tillämpa ett sådant behovsmått genom att mäta patientens hälsoläge och effekten av åtgärder med sedvanliga hälsoekonomiska mått [17]. Detta tar oss en bit på vägen, men en mängd frågor reses:

- För det första är det oklart hur mycket vikt man ska lägga vid de nämnda faktorerna; en behandling kan ge betydligt mindre effekt för en sämre ställd patient än för en bättre ställd. Om man bara lägger vikt vid effekten, har man helt lämnat behovstänkandet bakom sig för någon hälsomaximerande tanke [16].
- För det andra är valen av effekt- och hälsomått uttryck för kontroversiella värderingar och nödvändiga förenklingar; vid tillämpningar är makten att välja mätmetod avgörande. Graden av behov kan mätas på olika sätt. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska beslut fattas gemensamt av vårdgivare och patient. Detta betyder att makten över mätmetod för »behov« delas mellan vårdgivare och patient, och patientens subjektiva upplevelse av behovet måste beaktas.

Om behandling blir en ransoneringsvara är inte prioriteringen bara något som kräver professionell medicinsk kunskap utan speglar också makt och värdering-

ar. Oavsett hur man löser ransoneringens teoretiska och normativa problem ställs tillämpningskraven på vårdgivaren, oftast den enskilda läkaren. De traditionella läkare-patientrollerna förutsätter att rimliga medicinska behov blir tillgodosedda och att behandlande läkare gör det bästa för sin patient. Det kan därför vara svårt för den enskilda läkaren att prioritera behandlingens angelägenhet i ett samhällsperspektiv som del av individuella vårddömet. Likaså finns det en risk att läkaren ställs inför att prioritera behandlingar emellan sina egna patienter.

Om läkaren utövar dubbla roller är det svårt för patienten att veta om hennes/hans behandling motiveras endast av medicinska skäl eller också av hänsyn till en bristsituation.

Hälso- och sjukvårdslagen menar att alla har rätt till lika och god sjukvård. Eventuella ransoneringsbeslut måste vara transparenta och rättssäkra. Rättssäkerhet och transparens kan vara svåra att upprätthålla om individuella läkare-patientmöten rutinmässigt innehåller läkares subjektiva ransonering av medicinskt motiverade åtgärder.

Inte så självklart som det låter

Det låter intuitivt självklart att vård ska ges efter behov. Det är emellertid svårt att använda maximen för prioritering och ransonering, då den som efterfrågar vård har en upplevelse av behov som inte kan negligeras. Vidare måste ett antal frågor – som saknar objektivt giltiga svar – besvaras. För det första: Hur stor vikt ska patientens hälsoläge respektive behandlingars effekt ges? För det andra: Hur ska vi bedöma detta?

Den sistnämnda frågan är särskilt svår i den kliniska vardagen, där individuella prioriteringsbeslut fattas i praktiken. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2017;114:ERRP*

REFERENSER

1. Sarlöv C, Barklund C, Jermer E, et al. Onödiga läkarbesök gör att verkligt sjuka åsidosätts. Dagens Nyheter. 10 feb 2012.
2. Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? Stockholm: Riksrevisionen; 2014. RiR 2014:22.
3. Helmrot K, Ziegler B. Telefonhänvisning till akuten bakom en stor del av besöken. 4 av 5 har sjukvårdskontakt före besök på akutmottagningen. Läkartidningen. 2016;113:DXUP.
4. SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektiva resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.
5. SFS 1997:142. Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
6. Lars Sandman, Tinghög G. Att tillämpa den etiska plattformen vid ransonering. Fördjupad vägledning och konsekvensanalys. Linköping: Prioriteringscentrum, Linköpings universitet; 2011. Rapport 2011:7.
7. Gustavsson E. From needs to health care needs. Health Care Anal. 2014;22(1):22-35.
8. Juth N. Behovsprincipen i vården. Tidskrift för politisk filosofi. 2011;(2):7-29.
9. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag.
10. Björk J, Lønøe N, Juth N. »Are smokers less deserving of expensive treatment? A randomized controlled trial that goes beyond official values«. BMC Med Ethics. 2015;16:28.
11. Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. BMJ. 1990;300(6737):1458-60.
12. Downer SM, Cody MM, McCluskey P, et al. Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment. BMJ. 1994;309(6947):86-9.
13. Schramme T. The significance of the concept of disease for justice in health care. Theor Med Bioeth. 2007;28(2):121-35.
14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1981.
15. Breimer L. Apropå! »Den dyra« vården. Smygransonering eller motbok?! Läkartidningen. 2015;112:DFXC.
16. Juth N. Challenges for principles of need in health care. Health Care Anal. 2015;23(1):73-87.
17. Herlitz A, Horan D. Measuring needs for priority setting in healthcare planning and policy. Soc Sci Med. 2016;157:96-102.