

"Nyttigt att skaka om systemet då och då"

Norska prioriteringsutredningen uppdateras efter 10 år

– Sedan förra utredningen har medvetenheten ökat bland både sjukvårdspersonal och allmänhet om nödvändigheten att prioritera.

Det säger professor Inge Lønning, ordförande i den nya norska prioriteringsutredningen som ska vara klar våren 1997.

Inge Lønning, som är professor i systematisk teologi vid Oslo universitet, ledde också den första utredningen 1987.

Det blir ingen ny utredning från grunden, utan snarare en uppdatering utifrån förändringar i hälsopanoramats och de politiska förutsättningarna.

– Vi ska bland annat mer principiellt diskutera hälsobegreppet och sjukvårdens målsättning, berättar Inge Lønning.

– En lärdom är att man bör ändra reglerna vart femte eller tionde år för att motverka att människor taktiskt anpassar sig till systemet.

Så har skett nu, menar han, när det gäller den väntelistegaranti som infördes 1989, som ett resultat av den första prioriteringsutredningen.

Utredningskommittén bestod från början av 13 personer, varav fem från den medicinska professionen, men har efter kritik utökats med två företrädare för patientorganisationerna.

Prioritering i fem grupper

Den förra utredningen presenterade fyra prioriteringsgrupper och en s k 0-grupp (se t ex Läkartidningen 15/92 och 23/92).

Som ett resultat av utredningen infördes 1989 en väntelistegaranti, som innebar att medicinska åtgärder i de båda högsta prioriteringsgrupperna skulle utföras inom 6 månader.

Det var en självklarhet beträffande den högsta gruppen, som omfattade akut livräddande åtgärder, men tolkningen var svårare när det gällde åtgärder i den näst högsta gruppen.

– Definitionerna visade sig vara för vaga. Vi har därför fått en inflationstendens uppåt i prioriteringsgrupperna, vilket lett till att allt fler patienter inte kan erbjudas behandling inom stipulerade 6 månader, säger Inge Lønning.

I Stortingets beslut ingår även att varje patient ska ha rätt till undersökning inom 3 veckor.

Den nya utredningen ska innehållsbestämma väntelistegaranti för att göra den mer motståndskraftig mot »inflationstendenserna».

– Vi kommer att lägga ökad vikt vid den dokumenterade nyttoeffekten hos de åtgärder som omfattas av garantin.

I uppdraget ingår även att värdera förebyggande insatser kontra botande, och att pröva om omvårdnad ska uppvärderas på bekostnad av högteknologisk vård.

Graderade patientavgifter?

Ytterligare en uppgift är att ta ställning till om patientavgiften kan och bör höjas, och om den bör graderas, enligt principen att ju mindre väsentlig vården är desto högre avgift, och omvänt.

– Genom att införa ett moment av marknadsmekanism skulle man teoretiskt kunna skilja bort den minst seriösa delen av vårdefterfrågan och få ett mått på den subjektiva faktorn. Det vill säga att en person A är beredd att betala mer för en behandling än vad person B är.

Den första utredningen 1987 vållade ingen större diskussion, med ett undantag – att in vitro-fertilisering (IVF) placerades i den lägsta prioriteringsnivån.

– Detta utlöste en våldsam debatt. Till saken hör att alla sjukhus i Norge vid mitten av 1980-talet hade full kostnadstäckning från staten för IVF-verksamheten. Men idag råder allmän enighet om att vår värdering var riktig.

– En uppgift är att försöka göra väntelistegaranti mer motståndskraftig mot inflationstendenserna, vilka har inneburit att allt fler medicinska åtgärder pressats in inom garantins ramar, förklarar professor Inge Lønning, ordförande såväl i den nya norska prioriteringsutredningen som i den första som presenterades 1987.

Det viktigaste resultatet av den första utredningen är att den har ökat det allmänna medvetandet om behovet av att fatta svåra beslut, anser Inge Lønning.

– För tio år sedan avvisade många läkare själva problemställningen, och många politiker ansåg det omoraliskt att över huvud taget föra in ekonomiska resonemang i sjukvårdsdiskussionen.

Lovar för mycket

Inge Lønning anser att Världshälsoorganisationen, WHO, gjort skada med sin definition av begreppet hälsa, som han anser beskriver ett utopiskt tillstånd av perfekt välbefinnande som ingen människa upplevt.

– WHOs definition har bidragit till en kris i förväntningarna, såväl vad gäller den egna hälsan som vad sjukvården kan bidra med.

– Vi har länge lovat mer än vi kan hålla, vilket leder till minskat förtroende för sjukvården. Snarare är sjukvårdens uppgift att hjälpa människor att klara av sitt vardagliga liv med de svårigheter det rymmer.

Han pekar på att mänskliga problem och svårigheter gjorts till en angelägen-

Folkomröstning i Kalifornien:

Ändra inte sjukvården

NEW YORK. När USA:s väljare valde status quo med Bill Clinton i Vita huset och en republikansk kongress, lade de också i flera folkomröstningar sina röster för det bestående, till exempel vad gäller sjukvården. Så avvisade Kalifornien två förslag avsedda att skydda konsumenter mot vad många anser vara överdrifter i HMO:s och försäkringsbolagens strävan att kontrollera vårdkostnaderna.

Om förslagen gått igenom skulle de ha förbjudit all bonus till läkare för att vägra kostsamma tester och behandlingar. De skulle ha garanterat mödrar minst 48 timmars sjukhusvistelse också vid normala förlossningar. HMO:s skulle ha stoppats från att begränsa vad läkare kan säga till sina patienter. Och möjliga vinster i samband med försäljning av icke vinstdrivna institutioner till den nya erans vinstmotiverade företag skulle ha begränsats.

het för medicinen, utan att de har där att göra.

– Människor söker sig till sjukvården när de upplever att livet är svårt, men det går inte att fastställa förekomst av sjukdom i någon vedertagen bemärkelse.

– Följden blir att sjukvårdspersonalens arbetstid ägnas åt symtombehandling på bekostnad av det som sjukvården har kompetens att sköta.

Operationssalarna står tomma

Norsk sjukvård lider brist på personal. Ett problem är att många sjuksköterskor inte är i tjänst. När det gäller läkare menar Inge Lønning att läkartätheten är mer än tillräcklig om bara läkararbetskraften utnyttjades på rätt sätt.

Ett av de systemfel som han ser är att Arbetsmiljölagen begränsar operationsverksamheten genom rigida regler.

– Operationssalarna står oanvända under många av dygnets timmar. Kirurgerna skulle kunna arbeta mer men får inte göra det. Produktiviteten blir lägre.

Men ibland ruckas det på reglerna. För att kapa köerna till ortopedisk kirurgi har en centralisering av operationerna gjorts till ett sjukhus, i Røros. Dit kommer läkare från hela landet för att arbeta i perioder om en à två veckor.

– Det är läkare som inte får arbeta mer

Kampanjen mot förslagen leddes av den konsultfirma som handhade motståndet mot Clintons svepande vårdreform för två år sedan.

Ekonomiska intressen

The California Medical Association, som representerar 38 000 läkare i delstaten, valde att inte ta ställning i denna strid. Läkarkåren är splittrad i dessa frågor. Många ser HMO:s framväxt med djup olust och är särskilt oroade över en del av de kritiserade förfaranden som de aktuella förslagen var avsedda att råda bot på. Men kolleger har stora ekonomiska och personliga intressen i HMO:s.

– 55 procent av läkarna erhåller merparten av sina inkomster från HMO:s, men är samtidigt djupt frustrerade över deras operationsmetoder i Kalifornien, där de ofta placerat vinster och affärshänsyn framför patienternas bästa, sade läkarföreningens vice VD Dr John Lewin.

Folkomröstningen tilldrog sig intresse över hela landet. Totalt 60 miljoner amerikaner är idag medlemmar av

HMO:s. Ytterligare 90 miljoner deltar i andra former av vårdplaner.

Även segraren i denna strid, Duane Dauner som leder delstatens sjukhusförening, tvingades medge:

– Initiativtagarna har läst tebladen korrekt vad gäller opinionsvindarna. De har dragit nytta av folks missnöje med en del av HMO:s interna regler.

Men branschexperter menade att förslagen gick för långt och skulle ha drivit upp vårdkostnaderna för patienter, arbetsgivare och skattebetalare.

Arbetsituationen för läkare kommer därför att påverkas mera av ett annat förslag som segrade i folkomröstningar i både Kalifornien och Arizona. Väljarna där stödde legalisering av marijuana för medicinskt bruk, och gav läkare rätt att ordinera dess användning. Förespråkarna ser drogen som ett smärtlindrande medel, men dess användning är ännu förbjuden enligt federal lag. Det är oklart hur federala myndigheter kommer att agera mot läkare och patienter som följer de nya delstatliga lagarna.

Leif Borgström

på hemmaplan, men i Røros går det bra, noterar Inge Lønning.

Samspel medier – politik

Han pekar på samspelet mellan medier och politik.

– Ett problem i Norge är att politikerna är alltför rädda för folkopinionen. Men jag tror att väljarna accepterar impopulära beslut bara de förstår varför de är nödvändiga. Att förklara dessa samband är en uppgift för politikerna, men de pressas av medierna som lätt driver kampanjer kring enskilda fall.

Om politikerna tenderar att ge efter får det demoraliserande effekter, både i förhållande till allmänheten – som får intrycket att politikerna är nickedockor för opinionens vindar – och till sjukvårdens personalgrupper, menar han.

– De medicinskt ansvariga som på medicinsk grund ska besluta om prioriteringar känner sig svikna om de märker att deras beslut kan överprövas politiskt. Om så sker sprider sig mycket snabbt en uppfattning nedåt i organisationen: »Varför ska vi ta de svåra besluten om politikerna i alla fall kommer och ändrar dem i efterhand?»

Dessutom brukar mediernas uppmärksamhet i första hand ägnas personer från samhällets övre skikt, men nästan aldrig från de lägre.

Inge Lønning tror inte att lösningen på prioriteringsproblemen ligger i inrättandet av något slags domstolsliknande instans, något som han tycker att den norske socialministern Gudmund Hernes antydde på den första internationella konferensen om prioriteringar i sjukvården som hölls i Stockholm 13–16 oktober.

– Det ser jag som helt omöjligt. Statsrådet kan inte bli kvitt sitt konstitutionella ansvar. Det som behövs är att politikerna accepterar sin roll att också fatta impopulära beslut och att stå emot mediernas kampanjer, avslutar Inge Lønning.

Jan Lind

PRAKTIKERTJÄNST.

Svenska Medent AB, dotterbolag till Praktikertjänst, köper huvuddelen av Ryggkirurgiska kliniken i Strängnäs. Aktieinnehavet ökar från 20 till 75 procent genom förvärv från LRF och Länsförsäkringsbolagen. Landstinget Sörmland står kvar som delägare.

– Vi tror på den här typen av små och starkt specialiserade enheter med hela Sverige och även utlandet som upptagningsområde, säger Karl-Evert Mosten, vice VD i Praktikertjänst och ordförande i Ryggkirurgiska kliniken. ●