

BYGG UT VÅRDGARANTIN – TA INTE BORT DEN!

Vårdgarantin har bidragit väsentligt till att öka produktiviteten i svensk sjukvård. I stället för att avskaffa den nu när köerna åter växer borde man successivt bygga ut den och komplettera den i Prioriteringsutredningens anda.

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen har tillsammans aviserat att vårdgarantin i dess nuvarande form skall avskaffas.

Vårdgarantin är en överenskommelse mellan Landstingsförbundet och regeringen, som ursprungligen innebar ett krav på den som tillhandahåller vården att väntetiderna skulle vara högst tre månader för tolv specificerade diagnoser.

De valda diagnoserna hade det gemensamt att de omfattade benigna vanliga sjukdomar som ofta drabbar människor i arbetsför ålder. Garantin omfattade inte akuta fall och inte patienter med cancer.

För oss som arbetar med patientgrupper inom vårdgarantin och med alla andra patienter var det från början uppenbart att vårdgarantin ej var inriktad på de svårast sjuka patienterna. Garantin har ändå varit viktig, därför att man samtidigt ändrade synsätt på kliniskernas väntelister.

En lång väntelista, som tidigare var ett argument för att få större resurser, tolkas nu i stället som ett uttryck för att kliniken inte klarar sin uppgift. En tydlig uppstramning av väntelistornas innehåll blev följderna av detta ändrade synsätt.

Produktiviteten har under samma tid ökat i svensk sjukvård. Vårdgarantin var en bidragande faktor för detta och den har dessutom fungerat som en budbärare om tillståndet i sjukvården för alla som intresserat sig för detta.

Författare

BENGT HJELMQVIST

chefsöverläkare, kirurgiska kliniken, länssjukhuset i Kalmar.

Ökande köer – budbäraren halshuggs!

När nu väntetiderna ökar för de valda diagnoserna inom vårdgarantin borde regering och Landstingsförbund agera för att köerna skall försvinna, men vad händer? Jo, man väljer efter klassisk förebild att hugga huvudet av budbäraren: Vårdgarantin i dess nuvarande form skall avskaffas!

Man konstaterar att köerna ökar på grund av minskade resurser till vården, men man säger också att eftersom vårdgarantin omfattar diagnoser inom Prioriteringsutredningens grupp 3 så är det inte längre så intressant att följa köerna inom dessa områden.

Detta är ett nytt synsätt, och det känns som ett svek att tillsynsmyndigheten plötsligt visar sig ointresserad och inte längre vill höra talas om problemen i vården när vi nu verkligen har en mycket besvärlig situation med många patienter som väntar på åtgärd. Väntelistorna är riktiga mätare av en faktisk verklighet.

Prioriteringsutredningen då...?

De prioriteringar som alltid gjorts och alltid kommer att göras på våra sjukhus följer i stort sett de principer som Prioriteringsutredningen beskrev. Utredningens förtjänst ligger i att den har grupperat och kodifierat det som varit praxis och dessutom pekat på vissa grupper som riskerar att prioriteras för lågt därför att det är verkligt svaga grupper – exempelvis vård av människor med nedsatt autonomi och vård i livets slutskede. Nu framstår det i stället som om det är utredningens ställningstaganden som gör att Landstingsförbundet och Socialstyrelsen väljer att göra om vårdgarantin.

Vårdgarantin innebär ett tydligt kravställande och det är utmärkt. Ursprungligen ansågs också vårdgarantin vara ett politiskt lyckokast. Tydligt anser man det vara ett lyckokast enbart så länge garantin kan upprätthållas.

För dem som behöver vård blir garantin särskilt viktig när det är svårt att få vård – alltså ett synsätt motsatt politikernas. När vårdapparaten inte kan leva upp till ställda rimliga krav måste väl den som ställer kraven fråga sig var-

DEBATT

”För dem som behöver vård blir garantin särskilt viktig när det är svårt att få vård – alltså ett synsätt motsatt politikernas. När vårdapparaten inte kan leva upp till ställda rimliga krav måste väl den som ställer kraven fråga sig varför kraven ej kan uppfyllas. Nej, inte så hos oss. Här tystnar debatten i stället.”

för kraven ej kan uppfyllas. Nej, inte så hos oss. Här tystnar debatten i stället.

En utvidgad garanti rimligare

Det hade väl varit rimligare att i stället utvidga garantin till att omfatta även de andra grupperna i prioriteringsutredningen och då i första hand grupp 1 och 2. Därefter kunde man fortsätta att monitorera vårdsituationen inom dessa olika områden med vårdgarantin som instrument. Det skulle ligga i linje med Prioriteringsutredningens förslag.

Jag är t ex övertygad om att man kan finna stora skillnader mellan olika sjukhus och olika huvudmän inom sjukdomar och åtgärder bland diagnoser i prioriteringsutredningens grupp 4 och 5, medan skillnaderna troligen är mindre i grupp 1. Hur skulle Landstingsförbundet och tillsynsmyndigheten Socialstyrelsen se på detta om man tillät fakta komma i dagen?

En utvidgning av vårdgarantin i enkelhet med Prioriteringsutredningen skulle kunna ge oss en bättre bild av hur det står till med sjukvården och ge oss bättre underlag för att lösa våra gemensamma uppgifter, med det nationella kravet på lika vård för alla enligt HSL för ögonen.

Jag kan personligen inte uppfatta de nu relaterade signalerna på annat sätt än att Landstingsförbundet och tillsynsmyndigheten ingår en ohelig allians där

Socialstyrelsen dessutom framstår som den politiska maktens lydiga redskap, i stället för att vara en garant för en fortsatt bra sjukvård i vårt land.

Vi har anledning att känna oss oroaden inför denna utveckling.

Tillrättaläggande

Jag förstår att så här illa kan det ju inte vara, utan mina uppfattningar ovan måste botten i att de referat av vad som tänkts, sagts och skrivits är felaktiga eller att jag har missuppfattat saken. Jag emotser därför Landstingsförbundets och Socialstyrelsens tillrättalägganden. •

Kommentar

Kraven skärps!

Bengt Hjelmqvist är besviken över att man nu diskuterar att ta bort vårdgarantin. Syftet med vårdgarantin var att peka på att verksamheten inte fungerade på sina ställen och åtgärder därvid skulle vidtas. Den hade åsyftad effekt för vissa patientgrupper, men andra kom delvis i kläm, och vårdgarantin var därför orättvis.

Socialstyrelsens ställningstagande är följande: Om det finns indikation för en åtgärd finns det ingen anledning att vänta annat än av administrativa skäl. I princip är då mer än 1 månad för långt. Det viktiga är att jämföra indikationsställningar och eventuella väntetider vid lika indikationsställningar.

Överstiger väntetiderna vad som är rimligt har man felaktiga kallelse- och väntelisterutiner. Vid genomgång, med hjälp av den sk aktiva uppföljningen, kan man konstatera att av sjukhusen uppgiven väntetid och för patienten faktisk väntetid skiljer sig betydande åt. Vidare överstiger väntetiderna i många fall 3 månader.

Vårdgarantin gör därför inte längre någon större nytta. Däremot är det problem med att de patientgrupper som omfattas av vårdgarantin ändå inte utnyttjar den fullt ut, dvs söker hjälp på annat ställe med kortare väntetid.

Socialstyrelsen tycker precis som Bengt Hjelmqvist att det är viktigt att följa kvaliteten i vården och att ha bra indikatorer på detta. Det nya förslaget skall läsas så att kraven egentligen skärpts på vårdgivarna. Vi tror att uppföljningen med kvalitetssystem, kvalitetsregister och också angivande av indikationer och väntetider tillsammans kan ge en bättre uppfattning om hur vården fungerar än genom att enbart syssla med vårdgarantikomponenter.

Nina Rehnqvist
överdirektör
Socialstyrelsen

FÖRSLAGET OM SJÄLMORDSKLINIKER

Filosofisk grund för etiskt moras

Enligt läkaretiken är en läkares uppgift att hjälpa sjuka människor att leva ett bättre liv. Varken ett läkarförbund eller en parlamentarisk församling kan ändra detta, då etiken inte enbart kan hämtas från lagar eller deklARATIONER utan från djupet av vår kultur och vårt samvete.

Professorn i praktisk filosofi, Torbjörn Tännsjö, publicerade nyligen i Läkartidningen en debattartikel där han argumenterade för samhälleliga »själmordskliniker» [1]. Dessa skulle ha till uppgift dels att diagnostisera och behandla depressioner och därmed avvärja självmord, dels att avliva de människor som trots diagnostiska och terapeutiska insatser framhårdar i sin dödsönskan.

Två teoretiska teser som Tännsjö för fram är värda att diskutera. Grundtesen är med hans egna ord: »Jag konstaterar alltså att det finns filosofiska självmord, självmord som är både förnuftiga och moraliskt försvarliga.» Följdtesen är att det borde vara samhällets (sjukvårdens, läkarnas) uppgift att bistå med själva dödandet.

Psykisk sjukdom

Från suicidologisk utgångspunkt saknar Tännsjö vetenskapligt stöd för sin tes om filosofiska (rationella) självmord. Under de senaste 35 åren har ett tiotal studier av konsekutiva självmord genomförts i olika länder med tillsammans mer än 1 000 noggrant studerade fall.

Dessa studier har visat att 90–95 procent av alla självmord begås av psykiskt sjuka individer, vanligen deprimerade. Beteckningen *filosofiskt självmord* torde vara utesluten när självmördarens omdöme är påverkat av psykisk sjukdom.

I de resterande 5–10 procenten kan informationen ha varit bristfällig.

Tännsjö anger att flera av hans bekanta begått filosofiska självmord. Dessa anekdotiska fall kan inte anföras som bevis, då de såvitt framgår inte undersökts av suicidolog eller psykiater. Det som kan te sig som ett rationellt över-

DEBATT

”Dödande är idag legaliserat endast undantagsvis: krig, nödvärn, dödsstraff. Strävan bör vara att eliminera dessa undantag – inte att göra dem flera. Människan är inte alltid god, och därför utgör varje legalisering av dödande en fara.”

vägt suicid för lekmannen kan trots allt vara uttryck för svår depression.

Etiskt dilemma

Definitionen av begreppet »filosofiskt självmord» är inte klar. En värdering av hurvida en människas liv är värt att leva kan bara göras av den människan själv. Om ett självmord ska klassificeras som »filosofiskt» måste en annan människa värdera den självmordsönskan (eller redan dödes) liv.

Detta etiska dilemma förefaller olösligt, vilket är ett observandum om värderingen ska ligga till grund för att döda en människa. Ingen psykiater kan säkert utesluta psykisk sjukdom hos en människa som säger sig vilja dö, och än mindre kan irrationella tankegångar uteslutas.

Existensen av filosofiska suicid kommer därmed att förbli en trosfråga. Därför innebär dödshjälp, såväl som hjälp till självmord, att samhället tar sig rätten att enligt kriterier det självt sätter upp avliva människor. Alternativt måste samhället besluta om »fri dödshjälp», det vill säga att alla som begär att få dö kommer att dödas.

Naiv tro på godhet

Det är lätt att förvånas över den naiva tro på människans (samhällets, sta-

Författare

GÖRAN ISACSSON
med dr, överläkare, allmänpsykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus.