

formationen i nyhetsgrupperna fylld med anekdoter, hemkok och kommersiell reklam för mirakelkurer. Patienter som tillgodogör sig detta material kommer inte att få den hjälp de söker, med risk för negativa konsekvenser.

De mer tekniskt inriktade patienterna, som i det beskrivna fallet, kommer emellertid att finna en nästan obegränsad reservoar av vetenskapliga data, som kan förvirra lika mycket som klarlägga.

Att arbeta med alla dessa patienter kommer att utmana läkarnas vetande om både användbara (och kanske mer relevanta än den nämnda NCI-studien) och triviala publikationer. För att hjälpa patienterna att sortera fram alla dessa fakta behöver nog läkarkåren »surfa på nätet» som en del av den dagliga rutinen. •

”MANAGED CARE” ÄVEN I SVERIGE?

McDonaldisering av vården inte utan risker

Det amerikanska s k managed care-systemet röner ett växande intresse även i andra länder. Hippokrates’ ideal om relationen patient–läkare får hård konkurrens av ett medicinskt-ekonomiskt tänkande. Konsekvenserna är inte bara negativa, men det måste skapas medvetenhet om riskerna för vårdkvaliteten och enskilda patienters behov.

I det amerikanska sjukvårdssystemet har »managed health care plans» under det senaste decenniet snabbt blivit marknadsledande. I princip innebär det att arbetsgivare eller enskilda personer ansluts till ett försäkringssystem där försäkringsbolagen genom aktiva åtgärder strävar efter att hålla sjukvårdskostnaderna nere.

Syftet är dels att kunna erbjuda låga sjukförsäkringspremier, dels att skapa en så stor vinst som möjligt (bolagen är vanligen inte ideella utan aktiebolag med vinstintresse som mål). Detta når man i första hand genom att i regelverk fastställa hur sjukdomar och symtom skall utredas och behandlas, varefter man begär in anbud från sjukvårdsproducenter – från enskilda läkare till stora sjukhus – för att anta det som kostar minst.

Systemet kan anpassas efter vem som skall betala, men kommer alltid att ha kostnadseffektivitet som ledstjärna. I ett marknadsorienterat system förefaller principen rimlig, och det är svårt att teoretiskt överträffa det med något annat, mer kostnadseffektivt – men sjukvården bör också ha andra mål.

Engelska farhågor

Efter de stora framgångarna i USA har sjukvårdsbolagen nu vänt sig mot andra länder, vilket uppmärksammats i

Författare

ÅKE ANDRÉN-SANDBERG
överläkare, docent, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Lund.

DEBATT

”Vi kommer att få vänja oss vid att bedöma kvoten mellan insats och resultat för hela patientgrupper, och endast i begränsad omfattning för den enskilda patienten – vi måste tänka i effektivitets- och lönsamhetstermer. Detta kommer tveklöst att vara till vissa patienters nackdel, men legitimeras av att det är till flertalets fördel.”

en ledare i British Medical Journal [1]. Man uttrycker där farhågor inte enbart för att idéerna implementeras i länder som Israel, Korea, Venezuela, Mexico, Ryssland, Singapore, Brasilien, Puerto Rico, Sydafrika och Argentina, utan också i Kanada, Frankrike, Nya Zeeland och Australien.

I förlängningen förväntar man sig också att intressenterna vänder sig mot Storbritannien – och det är troligt att även Sverige kommer att uppfattas som en intressant marknad så småningom.

Det som i första hand tycks ha skrämt ledarskribenten är risken för att amerikanska värderingar om sjukvård sprids utan åtskillnad, och att detta i första hand kommer att drabba tredje världens länder där billigt folkhälsoarbete måste prioriteras. Samtidigt slås fast att ledande bankirer i Världsbanken har ställt sig bakom systemet, och att Världsbankens vicepresident uttalat att »Managed care holds the biggest hope for developing health service in the developing world».

Avslutningsvis skriver ledarskribenten att på samma sätt som McDonald's gjort sitt segertåg genom världen kan man nu förvänta sig att det amerikanska, privata sjukvårdssystemet kommer att försöka erövra världen. Kanske borde man tänka över detta i god tid även i Sverige?

De förändringar i omgivningen som

gjort att vi inom läkaryrket till stor del lämnat den »hippokratiska eran» bakom oss, är tydligare i USAs kommersiellt baserade sjukvårdssystem [2]. Det hippokratiska läkaridealet karakteriserades av ett tydligt enskilt förhållande mellan patient och läkare.

Läkare i nytt etiskt dilemma

En »medicinsk-ekonomisk era» karakteriseras däremot, och framför allt, av att »någon annan» betalar. Teknisk kompetens (vetenskaplig skicklighet, yttre former och tekniska attribut) blir den viktigaste delen av det synliga som läkaren har att erbjuda – »tillit» till läkaren som person blir däremot en mindre viktig del än tidigare.

Patienten blir en konsument med ekonomiska förtecken, och det som är synligt och mätbart blir allt viktigare. Översikter med siffror i tabeller kommer att få stor genomslagskraft, i synnerhet om man beräknar kostnaderna per medicinsk åtgärd.

I samhällets perspektiv leder detta till ett behov av att organisera sjukvården så att man gradvis övergår i en »managed care era», där grupper snarare än individer behandlas. Därvid måste också läkarkåren organiseras för att ge en sammanhållen vård till alla – att ge »team care».

Det leder till splittrade lojaliteter, vilket läkarna som grupp betraktad haft påtagligt svårt att klara av – möjligen på grund av att vi utbildats mot bakgrund av andra ideal.

Patienterna å andra sidan hänförs enligt demografiska data till olika typer av riskgrupper, och de styrande försöker hitta »de bästa paketen» för varje grupp – det blir svårare att se individerna i grupperna.

Opersonligare vård

Det medför i sin tur att vården blir mer opersonlig och att ansvaret för de enskilda patienterna späds ut – medicinska beslut tas på administrativa nivåer, av grupper på ronder, speciella mottagningar etc eller via på förhand uppdragna algoritmer. Detta ger en form av legitim objektivitet, som dock ofta kommer att sakna det specifikt personliga som baseras på att varje individs sjukdom är unik.

Ur samhällets synvinkel är fördelarna med »managed care» många. I första rummet står att läkarnas notoriska variabilitet kan minimeras. Underlagen för besluten kan tydliggöras även retrospektivt. Medicinska beslut kan i allt högre grad förutses, och avvikelser beivras administrativt. Det innebär också att de ekonomiska konsekvenserna kan förutses, och i ett större perspektiv kan olika gruppers behov prioriteras mot

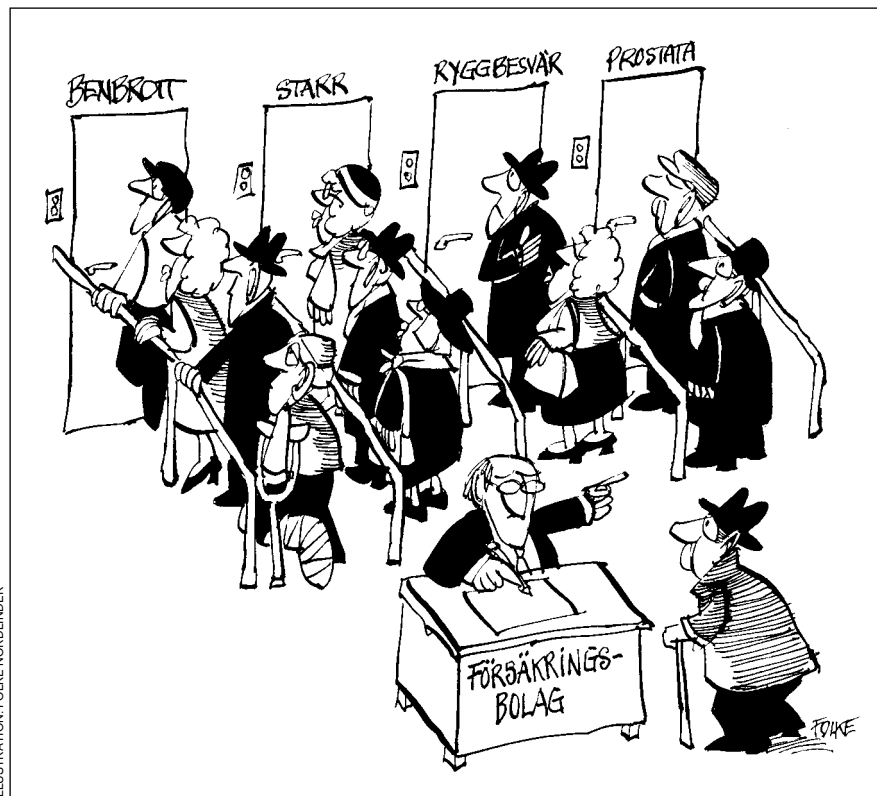


ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

varandra baserat på medicinska resultat i förhållande till förbrukade resurser.

Ur individens synvinkel gör man emellertid samtidigt ett påtagligt paradigmskifte, eftersom man går »from best to good». Patienten får nöja sig med att man gör vad samhället har råd med, baserat på hela patientpopulationen, snarare än vad som är allra bäst för den enskilde.

Vårdprogram blir styrande

Olika former av vårdprogram har aktualiserats i svensk sjukvård under de två senaste decennierna, dock utan att få något tungt genomslag, eftersom vårdprogrammen nästan undantagslöst har karakteriserats som rådgivande. I det amerikanska systemet kommer emellertid programmen inte att vara valbara längre – betalning för den medicinska vården förutsätter att man gjort vad som rekommenderats, helst inte mindre och definitivt inte mera.

Varje avvikelse från programmet kan av läkaren förutses ge ett obehag i form av tuffa diskussioner med heltidsanställda hälsoekonomiskt utbildade försäkringstjänstemän, som har som mål att betala ut så lite pengar som möjligt. Denna personalgrupp kommer att bli ytterligt betydelsefull och kommer att kräva betydande respekt – och inte obetydliga ekonomiska resurser.

Trång kostym

I nästa steg kommer läkare som vidtar åtgärder de inte får betalt för att få

bekymmer med sina huvudmän. Slutresultatet blir att det kommer att finnas mycket liten variabilitet i de kostnader som erbjuds – kunden får anpassa sig mer än idag.

Ur läkarens synvinkel är omställningens mest drastiska del att det nu blir uppenbart att han/hon har tredubbla lojaliteter: den enskilde patienten, huvudmannen som »äger» arbetsplatsen och försäkringsbolaget som betalar. Detta kanske i och för sig inte behöver vara kontroversiellt, men det visar hur långt man gått från de hippokratiska idealen.

Vi kommer att få vänja oss vid att bedöma kvoten mellan insats och resultat för hela patientgrupper, och endast i begränsad omfattning för den enskilda patienten – vi måste tänka i effektivitets- och lönsamhetstermer. Detta kommer tveklöst att vara till vissa patienters nackdel, men legitimeras av att det är till flertalets fördel.

Kvalitet i enskildheter

Man skall inte bortse från att det finns kvalitetsaspekter också i det amerikanska systemet. Den typ av kvalitet som eftersträvas är emellertid den som kan mätas och redovisas i staplar och tabeller. Varje vårdgivare och -betalare strävar exempelvis självfallet efter att ha så få komplikationer i vården som möjligt – sådant som kan mätas i form av extra vård dagar, medicinförbrukning, längre sjukskrivning etc. Mjukare data har avsevärt mindre genomslagskraft [3].

Det finns dock obehagliga risker för

att systemet prioriterar dålig kvalitet, i synnerhet när upphandling sker av tjänster till lägsta möjliga pris. Det innebär t ex i kirurgisk sjukvård att den som är beredd att minska säkerhetsmarginalerna sannolikt kan erbjuda en billigare vård. Den som vill öka säkerheten kommer att stå utan patienter eftersom vården då blir dyrare.

Skillnaderna i resultat mellan två olika rutiner kan vara marginella i ett större perspektiv, men kan för de enskilda patienterna bli katastrofala.

Annorlunda prioriteringar

Från engelsk – och svensk – horisont kan man också vara bekymrad över vilka medicinska experter som skall vara vägledande då man sätter kriterier för en godtagbar standard. Tveklöst finns det skillnader mellan vad man prioriterar i Europa och vad man prioriterar i USA.

Vetenskapligt sett är det tydligt att amerikanerna sällan är lika intresserade av medicinska resultat som tagits fram utanför USA. Risken är uppenbar att amerikanska data och värderingar kommer att tillmätas störst betydelse även då systemen skall användas i andra länder.

Man måste också inse att det billigaste – åtminstone i ett kort perspektiv – alltid är att undvika att ge vård. Risken för att dela upp vårdkedjor i små fragment där bara de »snabba klippen» ger betalt är stor. Detta blir till nackdel för kontinuiteten, som kanske inte alltid går att motivera ekonomiskt, men som ger stora humana vinster.

De svagaste drabbas

Det finns också incitament i sjukvårdssystemet att inte ge någon vård alls, vilket med största säkerhet kommer att drabba de svagaste grupperna hårdast. Det är vi inte vana vid i svensk sjukvård hittills.

Ett annat orosmoment är att den enorma utvecklingspotential som finns i sjukvården förskjuts från medicinsk forskning och utveckling till ekonomisering, dvs till vad som lönar sig bäst för att försöka minska sjukvårdskostnaderna.

I USA har många stora medicinska institutioner plötsligt sett sig stå nästan helt utan patienter och resurser, eftersom en konkurrerande sjukvårdskedja – utan ambitioner för forskning och medicinsk utveckling – slutit exklusiva kontrakt med försäkringsbolagen.

McDonald's-sjukvård – även i Sverige?

Det är inte osannolikt att vi kommer att få en McDonaldisering också av vissa delar av den kommersiellt intressan-

ta delen av svensk sjukvård. Om så sker gäller det emellertid att se till att den vård som erbjuds ges på de villkor som vi i Sverige hittills varit humanistiskt och politiskt överens om, och att de kvalitetskrav vi idag har inte sänks av kommersiell hänsyn.

Referenser

1. Smith R. Global competition in health care. American managed care companies begin to look for international markets. *Br Med J* 1996; 313: 764-5.
2. André-Sandberg Å. Efter Hippokrates – etik baserad på nya medicinska förutsättningar. *Hälsle Information* 1995; (10): 25-8.
3. André-Sandberg Å. To do or not to do, that's the question. Synpunkter på expectansens psykologi och etik. *Hälsle Information* 1996; (8): 9-12.



Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red