

Internationellt projekt om medicinens mål

Är det sjukvårdens uppgift att göra människor lyckliga?

Det är inte medicinens uppgift att i största allmänhet öka människors autonomi och välfärd. Varken resurser eller kunskaper räcker för ett sådant ansvar. Medicinens fält är kroppens och själens hälsa.

Det är en av huvudteserna i slutdokumentet från ett omfattande internationellt projekt om framtidens sjukvård.

- Skall sjukvården alltid försöka förlänga liv, eller finns det – naturliga eller konstruerade – gränser för denna verksamhet som sjukvården bör respektera?

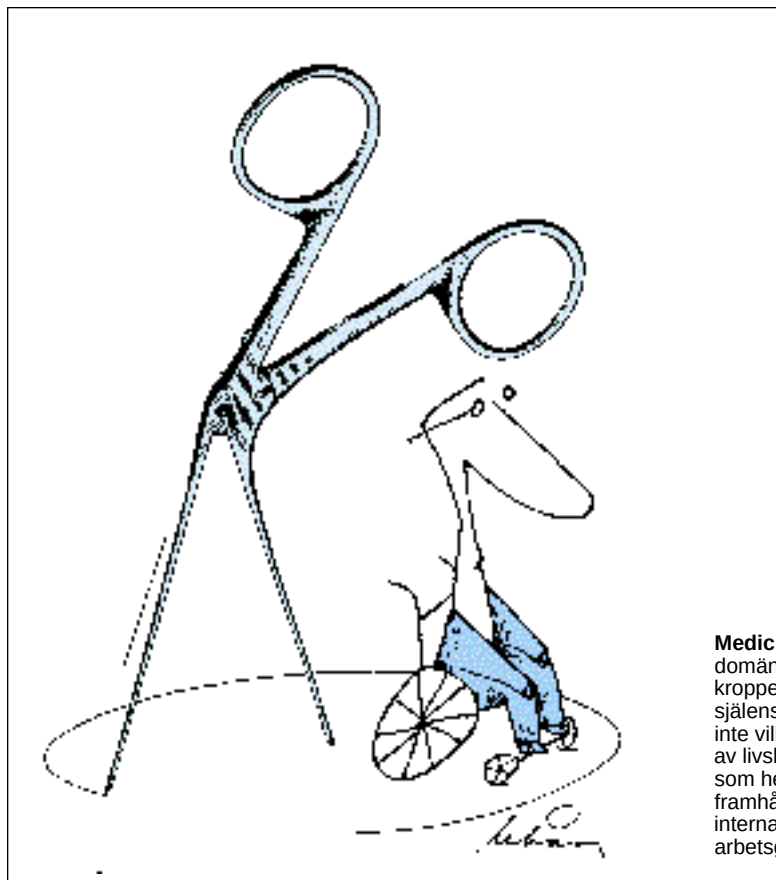
- Har medicinen andra mål än att rädda liv, minska lidande och öka hälsan? Är det t ex ett mål för medicinen att försöka höja människors livskvalitet? Är främjandet av individens autonomi ett sådant mål? Om så är fallet, vilken betydelse har då ord som »livskvalitet» och »autonomi»?

- Vad är hälsa? Är det endast avsaknaden av sjukdom eller är det, som WHO en gång föreslog, ett tillstånd av absolut fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande? Eller är hälsa någonting mellan dessa karakteriseringar?

- Vilka sociala, kulturella, historiska, ekonomiska och andra faktorer bidrar till vår nuvarande förståelse av medicinen och de värderingar som idag styr prioriteringar inom medicinen?

- Vilka kriterier är rimliga när det gäller att fördela resurser mellan olika hälsovårdssektorer – i synnerhet mellan akutvård och långvård?

Grundläggande frågor som dessa har behandlats inom det internationella projektet »Goals of Medicine», som letts av Hastings Center for Medical Ethics i New York, och som avslutades



Medicinsdomän
kroppen
själens
inte vilk
av livsk
som he
framhåll
internat
arbetsg

med en tredagarskonferens i Neapel. I projektet har deltagit forskare, kliniker och administratörer från 15 nationer (USA, Chile, en rad västeuropeiska och östeuropeiska länder samt Indonesien och Kina).

Vid konferensen i Neapel diskuteras projektets slutdokument som formulerar de väsentligaste målen för medicinen och sjukvården som de nationella arbetsgrupperna – i allt väsentligt – kunnat enas om (The Goals of Medicine: Setting New Priorities, Special Supplement, Hastings Center Report, November–December 1996.) Vi skall i denna artikel något redogöra för innehållet i detta dokument.

Om vi inte är säkra på målen finns risken att de medel i form av resursallokeringar, gårdar och behandlingsmetoder felaktiga, otillräckliga eller i de.

Att uppställa grundläggande kommer också – om vi tar dem – att i hög grad påverka hälsovårdens utveckling, inte minskar utbildning och forskning.

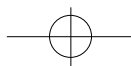
Termen »medicin» som den i projektets slutdokument krävs kommentarer. Från början tog greppet mycket snävt – som i verksamhet som utövas av läkare i diskussioner och inte minst i den svenska gruppen valdes vidare begrepp.

Detta skulle då innefatta a

Författare

LENNART NORDENFELT
professor

Medicinens grundläggande mål
Projektets huvudsyfte har varit att



medicin hänvisas till Nordenfelts bidrag i skriften *The Goals and Limits of Medicine*, se faktarutan.)

Djupa problem och orimliga krav

Man kan då fråga sig vart projektet syftat med sitt policydokument och vilka utgångspunkterna varit. I dokumentets inledningskapitel slås fast att medicinen idag har betydande problem, t ex följande:

1. Vetenskaplig och teknologisk utveckling har fördyrat sjukvården. Kan denna utveckling fortsätta mot bakgrund av de ekonomiska begränsningar vi har idag?

2. Det råder en obalans mellan att bota och att vårda, där botandet har prioriterats på bekostnad av vårdandet.

3. Samhället får en ständigt ökande äldre befolkning. Detta faktum har ökat vårdkostnaderna och kommer att öka dem, inte minst med tanke på att vi i dag har möjlighet att förlänga livet på kroniskt sjuka och döende personer.

4. Det finns ett ökat tryck från marknaden. Producenterna av medicinsk teknologi och läkemedel får ständigt en starkare ställning och gör en massiv marknadsföring av sina produkter. Sjukvårdspersonalen ställs inför svårigheten att värja sig mot marknadens tryck.

5. Det finns ett ökat vetenskapligt tryck, vilket i många avseenden självklart är positivt. Samtidigt är det huvudsakligen de mest etablerade medicinska disciplinerna som utvecklas mest och får mest inflytande också i den kliniska verksamheten. Discipliner som socialmedicin, omvårdnadsvetenskap och allmänmedicin, som delvis representerar alternativa synsätt, får mindre genomslagskraft.

6. Medicinen har delvis blivit ett medel att utöka människors valmöjligheter. Det kommer att finnas särskilda skäl att uppmärksamma denna aspekt mot bakgrund av genetikens utveckling. Vad kommer i en framtid att kunna åstadkommas genom genetisk manipulation? Hur mycket av avgörandena inom denna sfär bör höra till medicinens domän?

7. Livet har i ökande grad kommit att medicaliseras. Fler och fler problem, t ex skolproblem, alkoholism och våld, har delvis kommit att behandlas av medicinska instanser. Denna utveckling har påskyndats av det faktum att medicinska handlingsprogram har större chans att bli finansierade än motsvarande sociala program.

Dagens hälso- och sjukvård har dju-

Allmänheten måste veta vad man rimligen kan förvänta sig av sjukvården och personalen måste få riktlinjer för sitt arbete och sina ambitioner; inte minst måste den få en dräglig arbetsmiljö. Slutligen måste man säkerställa att sjukvården blir både human och ekonomiskt försvarlig.

Begrepp och målsättningar

Innan det internationella policydokumentet kommer in på att formulera medicinens mål ägnas viss möda åt att

FAKTARUTA

Projektet »Goals of Medicine», som pågått mellan åren 1992 och 1997, har letts av Hastings Center for Ethics i New York. Professor Dan Callahan, som fram till 1997 varit förståndare för Hastings Center, har fungerat som internationell ledare för det.

I projektet har deltagit representanter för USA, Chile, Storbritannien, Nederländerna, Tyskland, Spanien, Italien, Tjeckien, Slovakien, Ungern, Litauen, Sverige, Danmark, Indonesien samt Kina.

Den svenska gruppen har haft sitt säte vid den tvärvetenskapliga institutionen Tema hälsa och samhälle, Linköpings universitet. Flera av deltagarna har dock kommit från andra delar av landet. Forskarna i gruppen har representerat ett brett akademiskt spektrum: filosofi, sociologi, ekonomi, religionsvetenskap, allmänmedicin, pediatrik, vårdvetenskap, kirurgi och psykiatri.

Den internationella gruppen har årligen träffats i Prag för att samordna arbetet och för att förbereda det gemensamma policydokumentet. Under mellantiden har de nationella grupperna arbetat med både generella och specifika teman.

Den svenska gruppen har träffats ungefär tre gånger per år. Flera av de nationella grupperna, däribland den svenska, har också bedrivit forskning kring teman som är relevanta för projektet, och har också publicerat en rad uppsatser. En svensk volym med sådana arbeten utkom våren 1996 (*The Goals and Limits of Medicine*, red L Nordenfelt och PA Tengland, Almqvist & Wiksell).

Det är viktigt att framhålla att projektets policydokument inte i en *formell* mening antagits av samtliga deltagare i det internationella projektet.

Alla deltagare har haft möjlighet att påverka tidigare utskat genom kritiska kommentarer och förslag till alternativa skrivningar. Dessa förslag har i många fall resulterat i förändringar.

Det slutliga dokumentet har dock skrivits inom Hastings Center i USA

definiera skriftens centrala framför allt begrepp som »hälsa» och »sjukdom» (*malady, disease sickness*).

Här har också den svenska påverkat dokumentet. Begreppet »sjukdom» har t ex fått en bred definition i slutdokumentet – dock fattande som WHO:s berömda definition till begreppscharakterisering.

Alla projektmedlemmar fäsentligt att karakterisera hälsan på breda sätt, eftersom man då kan ange en riktning för medicinen i human vård som tar hänsyn till videns specifika situation. Den tiska vision för också med sin strax skall ange, bestämda konsekvenser för synen på forskning och utvärdering.

Medicinens mål

Vilka är då medicinens mål? I cytexten formuleras fyra övergripande mål:

1. Sjukdomsprevention och främjande. (The prevention of disease and injury and the promotion of health.)

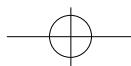
2. Lindrande av sådan smärta som orsakats av sjukdom, skador eller defekter. (The relief of pain and suffering caused by disease, injury and defect.)

3. Vård och botande av dem som lider av sjukdom, skador eller defekter samt vård av dem som inte kan botas. (The care and cure of those who are ill, injured or defective and the care of those who cannot be cured.)

4. Att undvika en för tidig död. (The avoidance of premature death and the attainment of a peaceful death.)

I dokumentet avvisas kraftfullt tanken att medicinens huvudsyfte skall försöka bidra till människlig autonomi och välfärd. Sjukvården har varken att erbjuda eller kunskaper som tillräckliga för att ta sådant ansvar. Medicinens huvudsakliga syften är att lindra kroppens och själens hälsa och att förbättra livskvaliteten genom olika former av livskvalitet som hälsa och välbefinnande. Detta är dokumentets huvudteser.

Hälso- och sjukvården skall vara mycket varsam med användning av den nya genetiska kunskapen och inte skall utnyttjas för preventiv åtgärder, utan endast innebära en försäkring mot en kommande allvarlig sjukdom, om risken är stor att den berörda stiger och därigenom får leva ett säkert liv. Detta gäller både män och kvinnor. Detta är skapen ifråga.



ning att det inte var deras uppgift att formulera prioriteringar.

Uppgiften var istället att lägga en grund för ett sådant ställningstagande genom att peka på problem som måste uppmärksammas och lösas. Prioriteringar måste göras, men då helst på nationell och regional nivå, där de lättare kan ges en konkret innebörd.

Beträffande det första målet görs det välkända konstaterandet att det är bättre från både samhällsekonomisk och individuell synpunkt att i möjligaste mån motverka att sjukdomar bryter ut. Medicinens inriktning skall således inte bara vara sjukdomsbehandlande utan i hög grad preventiv.

När det gäller mål 2 poängteras att den palliativa vården har blivit eftersatt. Dessutom har kunskapen om emotionellt lidande länge varit otillräcklig inom vården.

Upplevelse av sjukdom utan att vara sjuk

I detta avsnitt av dokumentet understryks också att många som kommer till läkare inte har en sjukdom i klinisk bemärkelse (disease), utan kanske bara en upplevelse av en sådan (illness).

Här bidrog den svenska och den tyska gruppen med flera synpunkter. De konstaterade att en stor andel, 30–50 procent, av alla patienter som besöker en allmänläkare inte lider av någon väldefinierad sjukdom utan i grunden har helt andra problem. Det är av yttersta vikt att läkaren är mentalt och utbildningsmässigt förberedd på detta förhållande för att vid behov kunna hänvisa patienten till annan expertis än den rent medicinska.

I diskussionen kring mål 3 poängteras vikten av att ge ökade resurser till behandlingen av kroniska sjukdomar i en tid då dessas andel av sjukdomsbelastningen ökar. I detta avsnitt betonas åter det holistiska perspektivet. Det är viktigt att patienten ses som hel person i ett socialt sammanhang, särskilt när det gäller rehabilitering.

Diskussionen kring mål 4 präglas i viss mån av huvudförfattaren Dan Callahan, som just gjort sig känd för sina åsikter om vård i livets slutskede. Dokumentet betonar, i en typisk callahansk ordvändning, att alla människor, om möjligt, bör få chansen att erfara de möjligheter som ett typiskt mänskligt liv kan ge.

Alltså bör vi med alla medel undvika den för tidiga döden. Dock måste vi inse att döden förr eller senare är oundviklig. Det kan inte då anses vara ett misslyckande för sjukvården när den kommer.

för när livsuppehållande vård kan avbrytas. Den måste också se till att döendet kan ske i värdighet.

Några praktiska implikationer

A. Om medicinsk forskning

Enligt policydokumentet är den biologiskt reduktionistiska modellen för medicinsk forskning alltför snäv för att gälla all forskning i medicin och vård.

Modellen behöver kompletteras med teorier och modeller från fenomenologi och hermeneutik, med substantiella inslag från t ex medicinsk sociologi, historia, antropologi och filosofi.

Ökad forskning i epidemiologi bör också stödjas, och utvärdering av medicinsk teknologi främjas, inte minst med tanke på de kostnader som är förknippade med teknologiutveckling.

Alternativ medicin bör tas mer på allvar, och inte minst utsättas för utvärdering. Det kan nämnas att en viss form av alternativ medicin hade en kraftfull representant i den internationella gruppen genom Kinas deltagare Lu Weibo. Han gav perspektiv åt hela projektet när han konstaterade att 30–40 procent av Kinas hälsovård utgörs av traditionell kinesisk medicin.

Det var också intressant att notera att den västerländska medicinen i Kina levte praktiskt taget konfliktfritt sida vid sida med den traditionella medicinen. Många kinesiska läkare är dessutom utbildade inom båda systemen.

B. Medicinska mål och erbjudandet av hälsovård

I detta avsnitt poängteras vikten av ett »laga»-tänkande. Hälso- och sjukvårdens personalgrupper bör i högre grad arbeta tillsammans och med gemensamt formulerade behandlingsmål. I linje med detta, och i linje med det holistiska perspektivet, bör också en integration av medicinska och sociala tjänster befrämjas.

C. Medicinsk utbildning

Dokumentet konstaterar att den »diagnostisera och behandla»-modell som varit vanlig i medicinsk utbildning är alltför snäv. Den hotar att leda till en bristfällig patient–läkarrelation; den misslyckas ofta med att skapa förutsättningar för god vård av kroniska sjukdomar; den hotar att åsidosätta preventionsens plats i sjukvården; och den kan innebära att humanistiska aspekter av vårdarbetet kommer i bakgrunden.

Som ett led i det önskvärda förändringsarbetet framhålls i dokumentet att patient–läkarrelationen bör fördjupas. Alla tendenser till fragmentisering av

Utbildningen av personer i medicinska yrkesområden bör innehålla betydande beteenskapliga och humanistiska moment i orientering inom ämnen som klinisk vetenskap, medicinsk psykologi, medicinsk sociologi, medicinens filosofi och medicinsk utbildning.

Detta är naturligtvis ingen ny uppgift. I flera länder, däribland Sverige, har utvecklingen i denna riktning på

Inte självklart nå konsensus

Därmed är det viktigaste projektet och policydokumentet för svensk läsare som har något att säga om diskussionen om sjukvårdens roll kan knappast synpunkter som de nämnda i dokumentet försumma.

Det är då viktigt att konstatera att konsensus som så småningom inom projektet ingalunda var från början. De deltagande i projektet, från politiska och ekonomiska synpunkter, har i olika och deras sjukvård har i så olika traditioner att det inte var enkelt att se hur man skulle kunna enas om ett engagerande policydokument.

Det gällde alltså att finna riktlinjer för så skilda samhällen som de i Kina, Litauen, Tyskland och Indonesien. Dels ingick i projektet en grupp högt utvecklade länder med en avancerad sjukvård som presenterade därifrån har i projektet dokumentet, dels fanns länder som kämpar för att komma till en anständig miniminivå i sjukvård.

Visserligen lider alla nationer av ekonomiska problem. I de länder som Tjeckien och Litauen med små resurser har kämpat för att uppnå en miniminivå i sjukvård, försöker de stoppa en skenande kostnadsökning genom att skapa ett mindre effektivt sjukvårdssystem.

Tar vi sedan med i bilden också Indonesien, med sina blandningar av traditionell och västerländsk medicin, har helt andra synpunkter på det lätt att inse att i projektet delvis på kompromisser.

Mot denna bakgrund kan ändå kan hävdas att Hastingss projekt »Goals of Medicine» viktigt och fyllt en uppgift i nationella förståelsearbetet.

Möjligen har man här tagit