

Samstämmighet när politiker och läkare fick rangordna fiktiva fall

På Hjärtcentrum vid Universitetssjukhuset i Linköping genomfördes 1996–1997 ett projekt för att skapa ett forum där sydöstra sjukvårdsregionens läkare, landstingspolitiker och administratörer gemensamt kunde diskutera prioriteringar inom vården. Den hjärtkirurgiska verksamheten fick vara modell. Resultatet indikerar att det är möjligt att skapa en samsyn på prioriteringsfrågorna.

Landstingsförbundet beställde nyligen en undersökning riktad till 919 verksamhetsansvariga chefsöverläkare och verksamhetschefer i vården. I undersökningen, som utfördes av professor Kerstin Sahlin-Andersson och medarbetare, belystes bland annat frågor som rör svårigheter och hinder för vårdens fortsatta utveckling. I enkätsvaren framgår tydligt att vissa problem över-skuggar andra; dit hör kontakten med politikern som beslutsfattare och inflytelserik aktör. Sjukvårdsföreträdarna uppfattar ofta politikernas roll som oklar och deras beslut som illa underbyggda.

I en debattartikel i Läkartidningen med titeln »Varför tiger läkarna?» framför landstingsöverläkare Christer Enkvist [1] åsikten att i dagens kaotiska situation i vården borde det vara den me-

dicinska professionen som rycker åt sig initiativet och försöker bringa ordning. Det är fyra saker som förorsakar mycket missämja, menar han: sammanslagningarna, vårdkedjorna, kvalitetssäkring och beställarfunktionen.

Brist på insyn i varandras verksamhet

Varför är det så? Varför är klyftan så stor mellan politiker, administratörer och den medicinska professionen? Självklart kan rent ideologiska meningsskiljaktigheter föreligga. Men till detta kommer en ömsesidig brist på insyn i varandras verksamhet. Ibland saknas också kunskap, å ena sidan om de politiska systemens funktion, å andra sidan om sjukvårdens verklighet med ofta oförenliga krav på kvalitet, produktion och kostnadskontroll.

Starka företrädare för den medicinska professionen med stort inflytande har beskyllts för att endast värna den egna gruppens intressen. Den så kallade sidledsprioriteringen – prioriteringen mellan olika verksamheter – inom sjukvården ter sig då närmast omöjlig. På samma sätt kan samhällseliga insatser komma att fördelas orättvist och med svårgenomskådliga motiv, då politiker agerar endast i gruppens eller partiets intresse. Språket spelar också en roll. Det krångliga fackspråket i text och tal kombineras med ovilja och kanske också oförmåga att överge det professionella ordvalet; något som gäller såväl politiker och administratörer som den medicinska professionens representanter.

Var finns de mötesplatser där dessa grupper i direkt dialog skulle kunna förmedla kunskap och erfarenheter till varandra, där motsättningar kunde överbryggas och nya vägar för samverkan upptäckas? Som människor hör vi trots allt inte bara till ettdera av två läger, politiker eller medicinsk profession. Vi är alla väljare, och de flesta av oss blir förr eller senare patienter. Här finns gemensamma perspektiv som grund för att föra politiker och medicinsk profession närmare varandra, in i ett konstruktivt samspråk. Ett mål är att komma ifrån onödiga konflikter och ställningskrig och försöka ägna de gemensamma krafterna åt en dialog om begrepp, värde-

ringar och sakfrågor för att nå alltmer väl förankrade beslut, inte minst i prioriteringsfrågor.

Projektet initierades av resursbrist på toraxintensiven

I regeringens proposition »Prioriteringar inom hälso- och sjukvården», som bygger på Prioriteringsutredningens slutbetänkande »Vårdens svåra val» [2], läggs en grund för sjukvårdens prioriteringsarbete, bland annat i form av fyra definierade prioriteringsgrupper. För att överföra propositionens innehåll till praktisk sjukvård krävs forum där samtal kan äga rum i syfte att hitta rutiner och riktlinjer för prioriteringarnas genomförande.

Idag blir allt äldre och sjukare patienter föremål för hjärtkirurgi, oftast med gott resultat. Det innebär dock att kraven på den medicinska handläggningen ökar och att komplikationer oftare tillstötter. Samtidigt minskar det ekonomiska manöverutrymmet, vilket skärper kravet på ett korrekt val av åtgärd för varje patient. Projektet initierades då vi såg att toraxintensivvårdens resurser inte föreföll att räcka till de behov som fanns. Projektledningen utgjordes av tre läkare från Hjärtcentrum som inte har haft politiska uppdrag i detta eller andra sammanhang. Prioriteringsfrågorna sattes i fokus för projektet med den hjärtkirurgiska verksamheten som modell.

Detta område är förhållandevis väldefinierat, och det finns stora mängder fakta respektive resultat att basera diskussioner på. Ett exempel är den så kallade KUR-studien, där SBU följt upp indikationer och långtidsresultat av kranskärlskirurgi och PTCA (ballongvidgning) [3].

Temadagar och utbildning

Som ett led i projektet gjordes en kartläggning av hur man i vår region i jämförelse med andra regioner utnyttjar toraxkirurgi som behandlingsalternativ. En sammanställning av våra resultat utarbetades också. Där ingick såväl indikationer som medicinska resultat (med internationella jämförelser) och långtidsuppföljning visavi livskvalitet. Denna kartläggning är en del av det

Författare

KRISTINA SÖDERLIND

bitr överläkare, toraxanestesi- och intensivvårdskliniken

ERLING KARLSSON

docent, överläkare, kardiologiska kliniken

CHRISTIAN OLIN

professor, överläkare, toraxkirurgiska kliniken

HANS RUTBERG

docent, centrumchef, Hjärtcentrum; samtliga Universitetssjukhuset i Linköping.

Tabell I. Tidplan för projektet.

1. Projektplanering med Samverkansnämndens kansli	Maj 1996
2. Diskussion med Samverkansnämnden, Jönköpings läns landsting	Sept 1996
3. Möte med politiker i Östergötlands läns landsting	Okt 1996
4. Möte med politiker i Jönköpings läns landsting	Nov 1996
5. Regionmöte kring prioriteringar med representanter för alla inremitterande sjukhus i regionen	Dec 1996
6. Möte med politiker i Kalmar läns landsting	Dec 1996
7. Enkät till professionen	Dec 1996
8. Enkät till politiker	Dec 1996
9. Fallbeskrivningar till profession och politiker	Dec 1996
10. Gemensamt möte med profession och politiker	Mars 1997
11. Redovisning av projektet på Centrum för tillämpad etik, Linköpings Universitet	April 1997
12. Rapport till Samverkansnämnden	Maj 1997
13. Utvärdering	Våren 1997
14. Regiondag för regionens anestesioleger och kardiologer för diskussion om alternativ behandling vid instabil kärilkramp	Hösten 1997

kvalitetsarbete som bedrivs på Hjärtcentrum.

Efter en introduktion för landstingspolitiker i Samverkansnämnden under våren 1996 arrangerades under hösten 1996 temadagar för landstingspolitiker, administratörer och de läkare i regionen som är ansvariga för eller involverade i hjärtsjukvården (Tabell I).

Projektet innehöll en utbildningsdel där en introduktion till området hjärtsjukdomar gavs till politikergruppen och uppföljning respektive resultat diskuterades. Programmet hade följande innehåll:

- introduktion och målsättning
- basinformation om hjärtsjukdomar och hjärtkirurgi
- utveckling – kostnad, uppföljning – resultat, kvalitetsarbete
- etik – värderingar, prioriteringsutredningen, behovsprincipen – att mäta medicinska behov
- gemensam diskussion

Diskuterade fiktiva fall

Man arbetade dessutom med skriftliga enkäter och med fiktiva prioriteringslistor. Enkäten berörde svåra val i sjukvården och prioriteringsbeslut där deltagarna individuellt motiverade och formulerade sina beslut. Prioriteringsfrågorna kunde utgöra exempel på vertikal prioritering (inom en viss verksamhet) eller horisontell prioritering (mellan olika verksamhetsområden). Slutligen diskuterades åtta fiktiva patientfall där alla, både politiker och läkare, med hjälp av fallbeskrivningar fick rangordna fallen efter angelägenhetsgrad. Här är två exempel:

- 54-årig man utan komplicerande sjukdomar med invalidiserande angina pectoris/hotande hjärtinfarkt och goda revaskulariseringsmöjligheter. Operationsrisk (mortalitet + morbiditet) 5 procent, förbättringspotential 95 procent.
- 56-årig biologiskt åldrad man med

måttlig-svår angina (ej vilångina), långvarig diabetes, generell ateroskleros, njurinsufficiens med S-kreatinin 230 mmol/l, dålig vänsterkammarfunktion (ejektionsfraktion <30 procent), tidigare genomförd CABG. Operationsrisk (mortalitet + morbiditet) 50 procent, förbättringspotential 40 procent.

Arbetet avslutades med en gemensam temadag. Projektet kännetecknades av en god uppslutning trots att alla hade pressade tidsscheman. Man lade också ned påtaglig möda på arbetet med enkätsvaren. Polariseringen mellan politiker och medicinsk profession respektive mellan olika partiföreträdare försvann snabbt till förmån för ett mycket öppet diskussionsklimat.

Överraskande samstämmighet

Vid genomgång av enkätsvar och rangordningslistor framkom en överraskande samstämmighet mellan läkare och politiker på både grupp- och individnivå. Mycket små skillnader av marginell karaktär fanns. Honnörsbegrepp som ibland lyfts fram i den offentliga diskussionen, till exempel *tillgänglighet*, *valfrihet* och olika typer av vårdgarantier med *maximerade väntetider*, framstod inte som centrala begrepp eller mål för prioriteringsarbetet.

I diskussionerna försökte vi avgränsa de begrepp som prioriteringsfrågorna mycket handlar om, nämligen »behov» och »nytta». En tankeväckande dialog uppstod om begreppen och deras innebärande betydelse. Så påpekade till exempel vissa politiker att det är väsentligt att diskutera vad som definierar nytan. Är det patientens nytta? De anhörigas? Arbetsgivarens? Samhällets? För den medicinska professionen synes däremot såväl behov som nytta vara begrepp som fast knyts till patienten som individ. Det har ibland anförts att det hälsoekonomiska tänkandet, som nu omfattas av allt fler verksamheter inom

vården, skulle innebära risker för att den medicinska etiken förändras från att ha varit individcentrerad till att fokuseras på kollektiv och samhällsnytta. Att döma av de samtal som fördes under projektets gång har detta skifte i synsätt (ännu?) inte ägt rum. Då de generella principerna för prioritering diskuterades, framhöll politikergruppen framför allt de medicinska behoven, det vill säga den patient vars behov av medicinsk hjälp är större än en annans (såvitt det går att bedöma) går före. Läkargruppen däremot betonade nyttan; man väljer i första hand att behandla den patient, där man bedömer att resultatet i förhållande till insats blir gott.

Uppfattningarna i grupperna var dock inte så väsensskilda. Trots allt kunde man enas om ett synsätt som innebär att patienter med stora behov går före andra med mindre behov. Nästa tankeled är dock centralt: behov av vad? Vilken medicinsk åtgärd är lämpligast för individen?

I den studerade verksamheten (hjärtkirurgi) kan den bästa åtgärden för en viss patient vara allt från omfattande toraxkirurgi till rent palliativ vård. För att nå goda resultat måste valet av åtgärd individualiseras. Detta sker bäst i samförstånd mellan patienten och hans anhöriga å ena sidan och inremitterande läkare respektive ett team av specialister å den andra. Det kan också innebära att en utredning avsedd att kartlägga förutsättningarna för ett visst ingrepp begränsas då man upptäcker att olika faktorer i det enskilda fallet talar emot att ingreppet kommer att ge positivt resultat – detta för att inte skapa onödiga och felaktiga förväntningar hos patienten och dennes anhöriga. En annan möjlighet är att före operationen diskutera en begränsning av intensivvårdsinsatserna om man finner att ett riskfyllt ingrepp medfört svåra komplikationer och att chanserna till ett gott resultat för patientens del är minimala.

Viktigt följa upp behandlade patienter

Sjukvårdens prioriteringsarbete måste inledas med att åtgärder som inte kan visas leda till goda resultat mönstras ut. Detta fordrar uppföljning av behandlade patienter med sammanställning av resultaten. Dessutom kan indikationer behöva skärpas och åtgärdsutbudet nyanseras som diskuterats ovan. En översyn av de administrativa och ekonomiska styrsystemen i sjukvården måste också äga rum för att minska det flöde av resurser som går förbi vårdens egentliga verksamheter. Först därefter tvingas vi välja bland de åtgärder som leder till bättre hälsa och/eller högre livskvalitet respektive bland de patienter som blir föremål för dessa åtgärder. ▶

ANNONS

Det är väsentligt att nå fram till en mer konstruktiv diskussion mellan politiker/beslutsfattare och verksamhetsföreträdare/utförare än den vi har idag. Politiker är allmänhetens valda representanter och skall agera i samhällets intresse. Deras uppgift är att formulera sjukvårdens ideologiska grundval. Den medicinska professionen skall verkställa fattade beslut på bästa sätt och i mötet med den individuella patienten ansvara för medicinska och etiska ställningstaganden. Den medicinska professionens uppgift är också att förse politiker med bästa möjliga beslutsunderlag, objektiva och vetenskapligt välgrundade, inte minst i form av resultatmanställningar och information om medicinska och tekniska landvinningar som kan påverka utvecklingen.

Beställarfunktionen måste sedan med hjälp av oberoende kompetenta medicinskt sakkunniga bedöma de underlag som föreligger. Politikeruppgiften är, till syvende och sist, att fatta välmotiverade beslut med klara motiv som kan förklaras och försvaras inför olika brukargrupper såväl som inför professionen. Det pågående programarbetet i Östergötlands läns landsting är ett aktuellt exempel på hur den medicinska professionen i samråd med administratörer och politiker kan arbeta för att skapa underlag för diskussionen om såväl behov, resultat och kostnader som prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Programmen, som planeras omfatta 80 procent av sjukvårdsutbudet, ska ligga till grund för avtalen mellan landstingets beställarnämnder och olika vårdgivare.

Gemensamt språkbruk

Gemensamt måste vi sträva efter att hitta ett för alla begripligt språk och avsätta tid för att definiera begrepp och beskriva värderingar. Att förstärka den gemensamma arena där de övergripande målen för sjukvården tolkas in i handlingsplaner, riktlinjer och rutiner för konkreta beslut ser vi som den idag mest angelägna uppgiften för att prioriteringsfrågorna ska kunna hanteras på ett konstruktivt sätt. Här behövs också ett utrymme för att skärskåda andra krafter som kan styra våra prioriteringsbeslut: starka gruppföreträdare, ekonomiska styrmedel, industrins särintressen och politiska utspel för att vinna väljarnas gehör är exempel på sådana.

Referenser

1. Enkvist C. Varför tiger läkarna? Läkartidningen 1997; 94: 4868-9.
2. Vårdens svåra val. SOU 1995: 95.
3. Brorsson B, Lindvall B, Bernstein SJ, Åberg T. CABG in chronic stable angina pectoris patients: indications and outcomes (SE-COR/SBU). European Journal of Cardiothoracic Surgery 1997; 12: 746-52.

Dålig kunskap om smärta hos ofödda barn

Vad är smärta och hur mäter vi den? Hur ska vi få reda på om mycket små foster känner smärta – utan att utföra oetiska försök? Kunskapen kring fosters smärtupplevelse har stora luckor. En utväg är att tillämpa en försiktighetsprincip tills vi vet bättre.

Frågan om huruvida foster kan uppleva smärta är ganska ny. I samband med att man för några år sedan inom anesthesiologin upptäckte att prematura barn reagerade på smärtsamma stimuli [5], under t ex intubering, började man fundera i nya banor kring fostrets förmåga att känna smärta under fosterutvecklingen. Frågan har upprört många och gett upphov till en intensiv debatt [1-3], särskilt i England under 1996. Man har bl a diskuterat huruvida bedövning av fostret behövs vid abort. Ämnet är känsligt, och det är inte lätt att reda ut begreppet fetal smärta. Forskningsområdet är nytt och begränsningarna för forskningen flertaliga [1]. Smärtforskning på foster och för tidigt födda barn kan ge återverkningar inom t ex neonatalvården, när man börjar förstå vilka ingrepp som är smärtsamma och hur man kan minska smärtan [4-10].

Vita fläckar på kartan

Varför är så lite känt om smärtupplevelsen hos foster? Svårigheterna är många:

- Vi har begränsad tillgång till information, då fostret inte kan kommunicera med oss på ett sätt som vi kan tolka objektivt [1].
- Vissa etiska aspekter på fostrets situation i livmodern gör att man inte kan använda potentiellt smärtsamma undersökningsmetoder, om det inte görs i samband med medicinskt befogad behandling av sjukdomar hos fostret [9] eller forskning kring sådana sjukdomar.

ma undersökningsmetoder, om det inte görs i samband med medicinskt befogad behandling av sjukdomar hos fostret [9] eller forskning kring sådana sjukdomar.

- Metoderna är svåra att utvärdera: Mäter vi verkligen smärta hos fostret? Kritik har framförts mot studier av indirekta tecken till smärta, såsom förhöjda kortisolnivåer vid blodprovstagning eller fosterrörelser vid beröring, som kan ha andra orsaker än smärta, exempelvis vara uttryck för fostrets utveckling i livmodern. Av samma skäl är det inte möjligt att utan vidare extrapolera forskningsresultat från studier gjorda på vuxna individer till att gälla för små foster [1, 11, 12].
- Själva definitionen av smärta medför rent logiska svårigheter om man strävar efter att mäta smärtan objektivt, eftersom komponenter av erfarenhet och känslomässig kvalitet troligen inte ryms i fostrets begreppsvärld [1, 12].
- En femte viktig faktor påverkar tolkningen av forskningsresultaten, eller riskerar att göra det; nämligen de känslomässiga reaktioner som ämnet fostersmärta ger upphov till hos läkare, media och allmänhet [1, 2].

Vad har då gjorts inom forskningen?

Den mest uppmärksammade studien av fetal smärtupplevelse gjordes av Xenophon Giannakopoulos och medarbetare i London 1994. De ville se om ett potentiellt smärtsamt stimuli kunde ge upphov till ett stressvar hos fostret, som kunde mätas objektivt i form av förhöjda halter av kortisol och betaendorfin. Studien gjordes på foster i 20-34 graviditetsveckan, vilka var i behov av intrauterin blodtransfusion.

Två grupper jämfördes:

- 1) Foster som blev stuckna i navelsträngsvenen, som sannolikt inte är innerverad.
- 2) Foster som blev stuckna i levervenen.

Valet av metod berodde på omständigheterna; den behandlande läkaren bedömde vilken metod som var lämpligast i varje enskilt fall. Man fann att de foster som blev stuckna i levervenen fick så förhöjda kortisol- och betaen-

Författare

ELIN AMERIOUN
med kand

MAGNUS WESTGREN

tf professor, kvinnokliniken, Hud-dinge sjukhus.