

Trots tjusig retorik kring prioriteringar och vårdgarantier görs läkaren ansvarig

Fel att koppla sjukvårdens resursproblem till den medicinska diagnostiken

Retoriken kring prioriteringar och vårdgarantier – samt talet om att sjukvården skall vara »behovsstyrd« – går i slutändan ut på att någon (läs: läkaren) måste definiera vad som sjukt och vad som är friskt. Genom att koppla sjukvårdens resursproblem till läkarens medicinska diagnostik ökar man pressen på läkaren. Något som kan vara värt att betänka för en redan hårt ansatt yrkeskår, anser Joakim Färdow.

JOAKIM FÄRDOW
specialistläkare, ögonkliniken, Växjö
joakim.fardow@bredband.net

II Sjukvårdens resurser anses inte stå i paritet till dess åtagande. Premisserna för det s k *vårdgapet* [1] är politiska. Den summa pengar som politiker och nationalekonomer har avsatt åt sjukvårdssystemet är inte tillräcklig för att täcka medborgarnas krav på detsamma. Det kan verka uppenbart att mer pengar måste tillföras. Om lagstiftningens målsättning om en god hälsa åt hela befolkningen skall kunna uppnås så är de nuvarande resurserna för knappa.

En välkänd svaghet i hälsoekonomisk teori är dock svårigheten att klart definiera ett samband mellan »produktion« av sjukvård och resultat i form av en förbättrad hälsa [2]. Mer och dyrare sjukvård leder inte alltid till att människor kommer att känna sig friskare [3]. Följaktligen behöver inte heller nedskärningar i sjukvården med nödvändighet leda till en sämre hälsa i befolkningen. Men för att slippa exponeras för sådana misstankar – och samtidigt undgå en expanderande sjukvårdsbudget – har politikerna uppfunnit *begreppet behovsstyrd sjukvård*.

Myten om en behovsstyrd sjukvård

Första gången jag själv fick höra att sjukvården skall vara behovsstyrd – och att det skulle vara någon skillnad mellan människors behov och efterfrågan i detta avseende – var när socialminister Lars Engqvist talade inför Riksstämman i Älvsjö 1999. Att den som har det största behovet skall ges företräde till vården finns numera också infört i lagstiftningen [4].

Att det är patientens *behov* som skall vara avgörande ser bra ut i tryck och klingar fint i den politiska retoriken! Resonemanget har också blivit väl omhul-

dat av politiker och tjänstemän i verksamhetsplaner och olika manifest. Även Läkarförbundets ordförande sällar sig till dem som hävdar att sjukvården skall vara en serviceinrättning, vars mål det är att tillfredsställa sina klienters behov [5]. Men vad menar man i *praktiken* med patienternas behov?

Många människor sätter idag likhetstecken mellan hälsa och välbefinnande, och alla människor borde ju ha samma behov av att må bra! Nu är det dock inte behovet av *hälsa* som avses – utan individens *behov av sjukvård för att kunna uppnå en god hälsa*! Dessa behov är naturligtvis helt individuella. Övriga behov för att uppnå ett gott välbefinnande – som mat, dryck, medmänniskor och tak över huvudet – tar man heller inte hänsyn till i sammanhanget.

Läkaren definierar hälsa och sjukdom

För att principen om den behovsstyrda sjukvården skall fungera krävs det att sjukdom – och även hälsa – definieras professionellt. Av läkare! Då kan politikerna utlova en god hälsa åt alla. Men det blir upp till läkaren att avgöra vem som är sjuk och vem som är frisk – vad som är ett behov och vad som »bara« är en efterfrågan – vem som skall vara sjukskriven och vem som skall arbeta.

De komplexa förhållanden som kan påverka en läkares underlag vid just sjukskrivningar illustrerades sommaren 2002 i ett reportage i Expressen. I syfte att visa hur lätt det är att bli sjukskriven lyckades tidningens reporter – i egen-skap av pseudopatient – utverka ett intyg omfattande *en* veckas sjukskrivning. Detta genom att helt enkelt fingera svaren på läkarens frågor.

Reportern uppgav sig lida av *stress, trötthet och nedstämdhet*. Vederbörande fick sjukintyg och recept på ett mildt lugnande läkemedel. Allt redovisat för allmänheten med stora bilder på intyg och

recept, under rubriken »Fullt frisk och sjukskriven« [6]. I den politiska retorikens drömscenario borde läkaren i det här fallet – i sin diagnostik – varit utrustad med insikter och/eller någon typ av utrustning som hade kunnat avgöra att »patientens« efterfrågan här inte motsvarade något behov!

Förvirringen kring prioriteringarna

Ett närliggande problem är den begreppsförvirring som råder kring sjukvårdens prioriteringar. Den parlamentariskt tillsatta Prioriteringsutredningen försökte utifrån etiska principer att värdemässigt *gradera* olika sjukdomstillstånd. Syftet var att på så sätt skapa en större tydlighet mellan vad som skall vara sjukvård och vad som mer skall betecknas som »livskvalitetshöjande« åtgärder (vård av andra skäl än sjukdomar och skador) [7].

Utgångspunkten var åter det s k *vårdgapet*. Det politiska incitamentet var att spara pengar i de offentliga sjukvårdsutgifterna. Genom att använda ordet prioritering – i stället för *ransonering* – förskjuter man effektivt fokus från det som skall väljas bort till det man vill satsa på, det man vill prioritera.

Samtidigt hänvisar man gärna till att prioriteringar »alltid varit en del av sjukvårdens vardag«. Man talar ibland om *horisontella* respektive *vertikala* pri-

Politikernas uppgift borde vara att – tillsammans med den expertis som läkarkåren kan erbjuda – formulera de begränsningar som är nödvändiga i sjukvårdssystemet, för att ekvationen skall gå ihop.

oriteringar, där de förra framställs som prioriteringar mellan olika grupper (på fördelningspolitisk bas) och de senare på individnivå (på medicinsk bas). Retoriken ligger här väldigt nära den rena desinformationen. Visst består en läkares vardag av ständiga prioriteringar [8].

Väljer en åtgärd före en annan

Dessa prioriteringar innebär ofta att man tvingas välja att göra en åtgärd *före* en annan. En ordningsföljd som inte alltid behöver leda till något *men* för endera parten. En läkare kan t ex välja att först gå in till patienten med akuta bröstsmärtor på medicinens akutmottagning, medan patienten med en misstänkt hjärntumör får vänta.

I extrema katastrofmedicinska och krigskirurgiska sammanhang kan naturligtvis läkares prioriteringar leda till att vissa liv – som patienter med utbredda brännskador – inte går att rädda. Här handlar det dock om extrema omständigheter och inte om krass fördelningspolitisk budgetsanering!

Politikerna bör tala klartext

För en politiker kan det säkert betecknas som *politiskt mod* att inför en medborgare rakryggat stå upp och tala om att man gjort en viss politisk prioritering som i det här fallet kommit att missgynna medborgaren i fråga. Här i landstinget gör vi inte fler operationer än så här per år! Vi vill satsa på annat i stället.

Däremot finns det säkert många som, i likhet med artikelförfattaren, tycker att det känns fel att läkaren skall ägna pedagogisk kraft åt att »förklara» för sin patient att vederbörandes lidande – av samhället – inte anses högt prioriterat. Och att väntetiden till en viss operation, som både patient och läkare vet är av värde för patienten, därför kan bli årslång! Ja, flerårsång!

I sammanhanget kan det också vara viktigt att poängtera för politikerna att läkaren i sin diagnostik alltid har en livslevande människa framför sig – aldrig ett »sjukdomstillstånd»!

Vårdgarantier och hälsopeng

En bärande tanke bakom *vårdgarantierna* och den *obligatoriska hälsoförsäkringen* – eller den s k hälsopeng – är att initiativet för den egna hälsan förs över på individen. Vårdinsatserna skall i mindre utsträckning än idag styras och planeras av samhället. Den enskildes ställning stärks därvid, vilket kan ses som en god tanke.

Men eftersom man samtidigt vill behålla välfärdssamhällets ambitioner (man talar inte om ett helt marknadsanpassat system) behöver man – liksom i fallet med den behovsstyrda sjukvården

– en professionell värdering av hälsa och sjukdom.

För att systemet med vårdgarantier skall fungera måste *en läkare* i varje enskilt fall avgöra vad som skall klassas som sjukdom – och få samhällets sanktionering och finansiering – och vad som skall klassas som en »livskvalitetsrelaterad» efterfrågan. Vårdgarantierna och hälsopeng fungerar inte om den enskilde själv skall få avgöra vad hans eller hennes resurser skall få användas till. I så fall bör ju *alla* åtgärder som kan öka välbefinnandet kunna bli aktuella!

Maktmedel som blivit börda för läkaren

Sociologiska forskare har velat beskriva den medicinska diagnostiken som ett maktmedel [9]. Man har sett ett maktperspektiv i att läkaren skiljer ut det sjuka från det friska – det normala. Det optimala är naturligtvis när läkaren kan använda sin »makt» som en helande kraft riktad mot patientens sjukdom [10].

I dagens sjukvårdsverklighet kan man dock fråga sig om inte diagnostiken *mer* kommit att bli en börda än ett maktmedel för läkaren. Sjukvårdspolitik och andra maktthavare uttalar gärna höga ambitioner för sjukvården. I sin retorik relaterar man till Hälso- och sjukvårdslagens »paradmal» om en *god hälsa och en vård på lika villkor för alla* [4].

När resursbristen gör sig gällande överlåter man dock gärna de obekväma besluten och menar att prioriteringarna handlar om medicinska bedömningar som läkare måste göra i enskilda fall. Ett flagrant exempel på detta är när generaldirektören för Statens Folkhälsoinstitut i en artikel på DN-debatt försöker göra ett medicinskt kunskapsproblem av ett problem som egentligen är politiskt och hör samman med förändrade samhällsförhållanden. »Ni sjukskriver utan kunskap», skriver Gunnar Ågren med adress till Sveriges samlade läkarkår [11].

Den avgörande diagnostiken

Diagnostiken är avgörande för allt sjukvårdsarbete. Vid mötet mellan läkaren och patienten avgörs – förutom diagnosen – även prognosen och vilken behandling som kan ges. Mötets tyngdpunkt ligger på kommunikationen mellan läkare och patient. Att ställa diagnos är för många läkare en bärande komponent i läkaridentiteten, och kanske är det till och med så att *diagnostiken* är det som verkligen skiljer ut läkaryrket som profession.

Läkaren är ju inte den enda som möter patienter. Läkaren har inte monopol på att vårda, undersöka, forska eller ens behandla (även om det finns många former av behandling som bara läkare utför). Men att ställa medicinsk diagnos,

att värdera dess konsekvenser och att kommunicera dem till patienten är en uppgift för läkare [12].

Ovanstående diskussion visar på avigsidorna i att försöka göra ransoneringsarna i sjukvårdssystemet till ett medicinskt problem. Och att ställa nya krav på läkares diagnostik. Läkares diagnos måste i första hand få vara en *förklaring* till patienten – baserad på förtroende – om vad sjukdomen eller lidandet beror på. Inte en moralisk värdering med avgörande sociala och ekonomiska konsekvenser för den hjälpsökande. Att göra moraliska värderingar är heller ingenting som läkaren är utbildad för. Den enskilda läkaren är oftast helt hänvisad till sin egen moraliska kompass.

Politikernas problem är att man vägrar ge upp drömmen om ett idealiserat välfärdssystem av en omfattning som samhället inte längre har råd att finansiera. Politikernas uppgift borde vara att – tillsammans med den expertis som läkarkåren kan erbjuda – formulera de begränsningar som är nödvändiga i sjukvårdssystemet, för att ekvationen skall gå ihop. Inte att skjuta över ansvaret för sjukvårdens resursproblem till de vårdbeslut som läkare måste fatta i varje enskilt fall.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Arvidsson G, Jönsson B. Politik och marknad i framtidens sjukvård. Stockholm: SNS förlag; 1997.
2. Brodin H, Andersson A. Hälsoekonomins grunder. Lund: Studentlitteratur; 1998.
3. Sen A. Health: perception versus observation. BMJ 2002;324:860-1.
4. Hälso- och sjukvårdslagen. SFS 1982:763. Med tillägg (2 §): Lag 1997:142.
5. Grewin B. Den goda vården. Läkartidningen 2002;99:2473.
6. Christiansson T. Fullt frisk och sjukskriven. Expressen 2002-08-24.
7. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
8. Einhorn S. Etiken i praktiken – en fråga om att prioritera rätt. Läkartidningen 2002;99:50-1.
9. Stolt CM. Läkekunst. Lund: Studentlitteratur; 1998.
10. Brody H. The healer's power. New Haven – London: Yale University Press; 1992.
11. Ågren G. Ni sjukskriver utan kunskap. Dagens Nyheter 2002-03-11.
12. Calman K. The profession of medicine. BMJ 1994;309:1140-3.

Fler inlägg om prioriteringar i sjukvården välkomnas!

red