

Det är läkarnas ansvar att rätta mun efter matsäck!

Sjukvårdens resurser bestäms av våra politiker. Vår uppgift som läkare är att se till att resurserna används optimalt. Vi måste vara beredda att ransonera sjukvård och prioritera bort onödig verksamhet. Och här finns en stor sparpotential om läkarna kan ta befälet och se över sina rutiner och resursanvändningen. Ambitionsnivån måste anpassas till de ekonomiska ramarna.

HERBERT BJÖRNSTÅHL
överläkare, gynekologiska mottagningen,
Hässléholms sjukhus
Herbert.R.Bjornstahl@skane.se

II Svensk sjukvård befinner sig enligt många mening i kris. Omorganiseringar, neddragningar och en oviss framtid är givetvis belastningar för vårdsektorn. Samtidigt kan man notera en ensidig fixering av problem inom området – liksom inom arbetslivet över huvud taget.

Ofta definieras problemen med det mantraliknande ordet: resursbrist. Förvisso kan det vara svårt att fördela resurserna rättvist – vi kan t ex konstatera att vi för närvarande inte bedriver en anständig åldringsvård. Men uppfattningen om den totala resurstilldelningen borde vi inte använda som en ursäkt till att vården inte fungerar tillfredsställande.

Resursnivån bestäms av våra politiker, och sedan är det vår uppgift att se till att dessa används optimalt. Skall resurserna ökas måste vi acceptera högre skatter. Jag har inte intrycket att särskilt många kolleger är av uppfattningen att våra skatter är för låga. Tvärtom finner man relativt många som lägger ner stora ansträngningar på att försöka sänka sitt skattebetalande.

Om vi således kan konstatera att resurserna inte räcker – i klartext att vår sjukvård är för dyr – måste vi spara. Jag hörde nyligen en föredragshållare citera en utredning, enligt vilken vi i svensk sjukvård till 85 procent sysslar med friska personer. Om siffran är korrekt eller hur den har räknats ut är ointressant, men den indikerar att här finns en enorm sparpotential.

Sortera bort onödig verksamhet

Många gånger protesterar vi mot sparbetting med beskrivningar av hur svårt sjuka skulle få det sämre. Det är givetvis inte meningen att sjukvården skall försämrats för de behövande, men vi måste bli bättre på att sortera bort »onödig« sjukvård och annan vårdverksamhet.

Det som kostar inom sjukvården är i huvudsak personal. Skall vi spara måste alltså personalantalet minskas. Samtidigt måste i så fall innehållet i vården förändras. Att försöka spara genom att göra neddragningar utan att anpassa verksamheten är som att försöka banta genom att köpa mindre kostym!

Nedan har jag formulerat några rubriker angående sparande inom sjukvården. Flera av dem kan sägas vara banala självklarheter, men uppenbarligen är det angeläget att de uttalas. I den mån det behövs exempel har jag valt dem inom min egen disciplin – gynekologin – men paralleller finns inom alla andra områden.

- *Vi måste ta befälet över sjukvården.* Det innebär bl a att vi måste vara beredda att ransonera sjukvård. Det vi gör måste vara medicinskt och ekonomiskt motiverat. Många inom sjukvården tycks tro att vår lagstiftning ger patienten rätt att bestämma över sin vård. Patienten kan inte tvingas underkasta sig den vård vi vill erbjuda, men har givetvis inte rätt att kräva något som inte är medicinskt motiverat. (Vi ser idag att vissa kliniker fördubblat antalet kejsarsnitt under de senaste åren utan att ha erhållit motsvarande vinster vad gäller perinatal mortalitet eller morbiditet. En sådan utveckling är ett exempel på att vi inte tillräckligt tänker i ekonomiska termer.)

Vidare måste vi själva stå för de prioriteringar som måste göras. De skall definitivt inte göras av våra politiker. Då och då försöker dessa detaljstyra (t ex genom att erbjuda patienter under 20 år fri sjukvård), men totalt sett sker det ytterst sällan och har marginell betydelse. Vi kan därför inte skylla på våra politiker i diskussion om resursutnyttjandet. Vi skall självfallet inte heller be politikerna hjälpa oss med de prioriteringar vi inte vill göra själva.

- *All sjukvårdsproduktion kostar.* Vi har fått vänja oss vid att man beskriver sjukvården i termer hämtade från den priva-

ta industrin. Vi kan säkerligen lära oss en hel del om effektiviseringar därifrån, men den fundamentala skillnaden är att industrin kan eftersträva en så hög produktion som möjligt och därmed högre vinster, medan vården kostar mer ju mer vi producerar. Industrin behöver inte heller bekymra sig om huruvida dess produkter är »onödiga« eller inte. En effektivisering av sjukvård med eventuell ökning av »onödig« produktion kan till och med medföra en kostnadsökning.

- *Resursutnyttjandet styrs av den enskilda läkaren.* Jag tror att många läkare känner sig styrda och kringgärdade av regler i sitt dagliga arbete. Samtidigt måste man konstatera att när det gäller resursutnyttjandet har vi en näst intill oinskränkt frihet. Vi kan ordinera undersökningar, prov, behandlingar, operationer, sjukskrivningar och mediciner för ofantliga summor utan att egentligen konfronteras med de ekonomiska effekterna.

Varje gång en läkare fattar pennan orsakar han samhället en viss kostnad. (Det är inte för inte som läkemedelsrepresentanterna förser oss med sina färgglada pennor.) Det bör vara verksamhetschefernas uppgift att styra sina medarbetare och förhindra att vi initierar en överkonsumtion.

En verksamhetschef skall givetvis också påtala när det finns outnyttjade resurser inom dennes område. Medvetandet i detta avseende måste ökas. Likaså

Vi anser nog ofta att det är oetiskt att inte erbjuda all tänkbar hjälp åt just vår patient. I en situation när vårdresurserna är ändliga, måste vi vänja oss vid tankesättet att det vi erbjuder en patient oundvikligt tas från en annan.

är det uppenbart att det medicinska och ekonomiska ansvaret inom sjukvården inte kan separeras.

- *Helheten är summan av delarna.* Med detta axiom, välkänt från våra geometri-lektioner, vill jag hävda att det är viktigt att spara på allt som det överhuvudtaget går att spara på. En insparad exklusiv kärloperation ger givetvis en större och omedelbart mätbar spareffekt, men kan vi ransonera vanliga, billiga åtgärder kanske vi totalt uppnår ett väl så stort sparande. Ett vaginalt cellprov kostar kanske endast 100 kronor (plus mottagningsbesök), men om vi totalt kunde avstå från alla icke medicinskt motiverade prov skulle personalåtgången inom cytologiverksamheten kunna reduceras avsevärt. Ett Hb-prov à 30 kronor motsvarar det halva ägg som några pensionärer på äldreboendet får avstå från under en hel vecka.

- *Det är oetiskt att inte spara.* Vi anser nog ofta att det är oetiskt att inte erbjuda all tänkbar hjälp åt just vår patient. I en situation när vårdresurserna är ändliga, måste vi vänja oss vid tanke sättet att *det vi erbjuder en patient oundvikligt tas från en annan.* Det infertila parets önskan att få ett eller ibland flera barn måste vägas mot t ex en cancerpatients behov av terminal vård. En ung kvinnas önskan att göra fostervattenprov för att stilla en omotiverad oro, skall vägas mot t ex ett hjälpbehövande barn inom barnpsykiatri. Det är inte etiskt försvarbart att endast tänka på behovet eller önskningarna hos den patient vi råkar ha framför oss!

- *Vår sjukvård måste kvalitetssäkras i ett ekonomiskt perspektiv.* Ett av de senaste årens modebegrepp är kvalitets-säkring. Tyvärr är detta för många liktydigt med att vi till varje pris skall uppfylla patientens önskingar. Det är givetvis inte fel att vi uppmanas att behandla våra patienter hänsynsfullt, men den som inte gör det blir förmodligen inte ett dugg bättre ens av en serie kvalitetskurser.

Däremot finns det ett stort behov av att kvalitetssäkra det vi gör ur ett ekonomiskt perspektiv. Är det meningsfullt att skicka skrapmaterial »till PAD« vid missfall? Skall en amputerad cervixstump vid framfallsoperation skickas? Skall till synes friska patienter med genomgången djup ventrombos skickas till gynekolog i jakten efter eventuell malignitet?

Jag är övertygad om att det med enkla medel skulle gå att göra besparingar på en rad punkter med »kvalitetssäkring«.



FOTO: BODENV/LENGHMAN/MASTERRILE

Om vi kan konstatera att resurserna inte räcker – att vår sjukvård är för dyr – måste vi spara. Det vi gör måste vara medicinskt och ekonomiskt motiverat.

- *Sjukvårdens ambitionsnivå måste definieras och kalibreras med Ansvarsnämndens.* En stor del av dagens sjukvårdsresurser används för att utreda de patienter som tror sig, eller som vi tror, vara sjuka. I vår strävan att inte missa diagnoser används en mycket stor del av sjukvården. (Detta gäller åtminstone när det rör sig om somatiska tillstånd. Psykologiska faktorer är vi märkligt nog inte så rädda att missa, vi till och med väljer att avsiktligt bortse från dem.)

Hur utredningar skall bedrivas styrs ofta av rekommendationer från disciplinens arbetsgrupper. Ansvariga för dessa är i allmänhet specialister från universitetssjukhusen. Inte alltid är dessa rekommendationer anpassade till vår rådande ekonomiska situation.

En fortlöpande revision av sådana rekommendationer med ett ekonomiskt tänkande vore angeläget. Likaså borde Ansvarsnämndens bedömning i större utsträckning ta hänsyn till den ekonomiska verkligheten. Hur som helst borde inte rädslan för kritik från Ansvarsnämnden få oss att ordinera onödiga åtgärder och undersökningar.

- *Köer inom sjukvården skall över huvud taget inte finnas.* I en sjukvård med balans mellan resurser och ambitionsnivå skall det givetvis inte finnas köer – mer än de som motiveras av säsongsvariationer eller behov av perspektiv. Man hör ibland politiker kommentera neddragningar inom vården med påståendet: »Vården kommer att bli lika bra, men eventuellt med lite längre köer.«

Detta är kvalificerat nonsens. Dagens kösystem är på intet sätt någon avlastning. En operation tar lika mycket resurser i anspråk antingen patienten väntar två månader eller tre år.

Om vi på en klinik har möjlighet att utföra 100 operationer/år av ett visst slag, så skall vi välja ut de 100 patienter som bäst behöver operationen. Visar det sig att vi vill operera 150 patienter, får vi antingen öka vår operationskapacitet eller också ändra på operationskriterierna – men absolut inte skriva en kölista. Motsvarande resonemang gäller även väntetid till andra behandlingar eller mottagningar. Detta innebär givetvis också att patienter inte skall bollas mellan olika sjukhus.

- *Ekonomiska incitament måste finnas så att nödvändig sjukvård uppmanas och onödig motverkas.* Om man till äventyrs inte lyckas disciplinera läkarkåren att agera med ett ekonomiskt ansvarstagande måste det finnas incitament som styr oss. Enskilda läkare skall inte tillåtas ha ekonomiska fördelar av onödiga åtgärder eller besök. Sjukhuset skall givetvis inte uppmanas att »konkurrera« om patienter utanför sitt distrikt för att på papperet få ett bättre ekonomiskt utfall. Enda tillfället när patienter skall behandlas på andra sjukhus är när denna sjukvård kan göras billigare än på patientens ordinarie sjukhus.

Sammanfattning

Svensk sjukvård är för dyr. Vi kan spara genom att avstå från »onödig« vård och för övrigt anpassa ambitionsnivån till de ekonomiska ramar vi har. Så kan problemen inom sjukvården lösas. Om vi dessutom avstod från onödiga sjukskrivningar och från att förskriva onödiga och ibland onödigt dyra läkemedel skulle vi kanske till och med kunna rädda landets ekonomi. Svårare än så är det inte. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.