

Ökat patientinflytande förutsätter nya avgifter

Kommentar till betänkande från HSU 2000

I ett delbetänkande från HSU 2000, »Patienten har rätt», föreslås att patienter skall få individuellt anpassad information och större inflytande vid val av behandling då alternativ finns. Förslagen är vällovliga och logiska med beaktande av framtida patientgenerationers krav på vården [1]. Men betänkandet riskerar ändå att bli en pratbubbla, då kommittén undvikit att diskutera sambanden mellan övergripande politiska prioriteringar, patientinflytande och krav på nya avgiftssystem.

Enligt nu gällande skyldigheter för sjukvårdshuvudmän och vårdpersonal har en patient rätt att säga nej till den (eller de) behandling(ar) som erbjuds, men patienten saknar möjlighet att ställa krav på att egna önskemål tillgodoses. Någon sådan möjlighet kommer patienten inte heller att få enligt det förslag som HSU 2000 redovisar i betänkandet (SOU 1997:154).

Kommittén menar dock att skyldigheterna bör ändras så att patienternas val blir avgörande »när det finns flera behandlingsalternativ som bedöms vara till nytta för patienten med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan» (sidan 24). Dessutom bör informationsskyldigheten utvecklas så att varje patient »skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns så att patienten i största möjliga utsträckning skall kunna ta tillvara sina intressen» (sidan 23).

Man kan naturligtvis fråga sig hur nyttan för patienten skall bedömas, och kanske framför allt vem som skall svara för bedömningen. Enligt kommittén skall nyttan ses utifrån patientens utgångspunkt, men likafullt presenterar man flera viktiga begränsningar som i

praktiken ger betydande makt till vården, snarare än till patienterna.

Läkarbedömning

En första (och helt rimlig) begränsning är att behandlingsalternativen måste stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är alltså i första hand läkaren som utifrån sin kunskap anger vilka metoder som kan komma ifråga.

En andra begränsning är att patienterna bara kan välja mellan de alternativ som tillhandahålls inom det egna landstinget. Patienten kan alltså inte begära att få tillgång till behandling som förvisso överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, men som inte tillhandahålls av det landsting man »tillhör».

En tredje begränsning är att proportionerna mellan kostnader och nytta, vad gäller de alternativ som patienterna kan välja mellan, måste vara rimlig. Kommittén menar dessutom att toleransen för kostnadsökningar bör vara betydligt större vid allvarlig sjukdom och skada än vid motsvarande lindrig. »Är det fråga om en bagatellartad åkomma får det å andra sidan anses godtagbart att inte acceptera några kostnadsskillnader alls» (sidan 25).

Formell rätt att välja

Det är framför allt den andra och tredje begränsningen i HSU 2000:s förslag som ger sjukvårdshuvudmän (och ansvarig personal) ett bestämmande inflytande över de val som kan komma ifråga. Med hänvisning till att »den metoden tillhandahåller vi inte i vårt landsting», eller att »det alternativets kostnadseffektivitet är för dålig» kan utrymmet för patientinflytande påtagligt begränsas.

Risken är därmed stor att den diskrepans som idag finns mellan ord och handling när det gäller möjligheter att välja vårdgivare – en diskrepans som kommittén för övrigt uppfattar som mycket besvärande – också kommer att gälla vid val av behandling.

»Hur påverkas den offentliga vårdens trovärdighet om ansvariga läkare, mot bakgrund av knappa resurser och övergripande prioriteringar, tvingas kringskära de löften om en stärkt ställning för enskilda patienter som lyfts fram av sjukvårdspolitikerna?»

Författare

ANDERS ANELL

ekonomie dr, projektledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund.

Kommer då befolkningen och framtidens mera krävande patientgenerationer att acceptera en situation där möjligheterna att välja behandling (för de allra flesta vårdsökande) enbart är formell? Hur påverkas den offentliga vårdens trovärdighet om ansvariga läkare, mot bakgrund av knappa resurser och övergripande prioriteringar, tvingas kringskära de löften om en stärkt ställning för enskilda patienter som lyfts fram av sjukvårdspolitikerna?

Hur plågsamt det än kan vara, finns i sammanhanget anledning att påminna om att hälso- och sjukvårdens ekonomiska förutsättningar försämrats. Under de gyllene åren, med hög tillväxt och expansion av vårdens resurser, kunde stolta löften förmedlas om att den offentliga sektorn skulle möta alla tänkbara vård- och omsorgsbehov. Samma retorik finns kvar idag, men statliga utredningar om prioriteringar och gap mellan behov och resurser ger samtidigt tydliga signaler om att vården inte kan

erbjuda det allra bästa i varje tänkbar situation [2, 3].

Ett konkret exempel

I syfte att konkret belysa konsekvenserna av HSU 2000:s förslag har ett exempel med val mellan tre behandlingsmetoder för ryggbesvär konstruerats (Tabell I). Exemplet är förenklat och tillrättalagt, men det är inte osannolikt att flera motsvarande behandlingsmetoder, som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, skulle kunna identifieras bland den mångfald olika metoder för behandling av ryggbesvär som förekommer i landet [4].

Som framgår av Tabell I skiljer sig metoderna med avseende på kostnad och effekt. Ingen av metoderna dominerar (lägre kostnad och bättre effekt) vilket gör valsituationen besvärlig. Utan krav på patientinflytande kanske man skulle bedömt att alternativ B har en rimlig proportion mellan kostnader och effekter, men att den ytterligare förbättring som följer av C (snabbare tillfrisknande) inte är tillräcklig mot bakgrund av kostnadsökningarna för detta alternativ. Eventuellt skulle alternativ C kunna erbjudas om särskilda behov föreligger.

En rimlig tolkning

Med krav på patientinflytande och individuellt anpassad information om hälsotillstånd och tillgängliga metoder ställs högre krav på prioriteringsansvariga. Enligt en rimlig tolkning av HSU 2000:s förslag är vårdpersonalen då skyldig att informera om de tre behandlingsmetoderna, men patienterna kan inte utan vidare kräva att få tillgång till metod C.

Om sjukvårdshuvudmannen enbart tillhandahåller metod A och B (och alltså kan erbjuda alternativ) är man inte skyldig att erbjuda metod C som tillhandahålls av annan huvudman (eller av sjukvården i annat land). Man kan också hävda att C har för dålig kostnadseffektivitet för den genomsnittliga patienten, och att denna metod därför enbart erbjuds i undantagsfall.

Slutresultatet blir sannolikt en allt annat än positiv reaktion från patienterna vad gäller bedömning av faktiskt inflytande i vården. En rimlig lärdom bland vårdpersonalen är att man fortsättningsvis enbart lämnar information om de metoder man faktiskt har råd att erbjuda, dvs man är tillbaka i utgångsläget.

De (fåtal) patienter som ändå skaffar

Tabell I. Tre behandlingar vid ont i ryggen – konstruerat exempel.

| Behandling | Kostnad (tkr) | Effekt |
|------------|---------------|--------------------------------------|
| A | 30 | 40% blir fullt friska inom 1 år |
| B | 50 | 60% blir fullt friska inom 1 år |
| C | 75 | 60% blir fullt friska inom 6 månader |

sig tillräcklig information om alternativen kanske tar saken helt i egna händer och skaffar sig metod C på den privata marknaden. De riktigt påstridiga ur samma grupp kan kanske trots allt få metod C från den offentliga vården; med officiell hänvisning till att särskilda behov föreligger.

Nya avgifter i vården

En förändring av sjukvårdens skyldigheter i enlighet med HSU 2000:s förslag behöver alltså inte leda till så stora förändringar i praktiken – åtminstone inte för de stora patientgrupper vars sjukdomar eller skador kan betecknas som mindre allvarliga. Det innebär i så fall också att de brister som ligger till grund för betänksamheten kvarstår. Ett alternativt förhållningssätt är att bana väg för en ny avgiftsstruktur som naturlig konsekvens av önskemålen om ökat patientinflytande.

Applicerat på exemplet med ryggbehandlingar skulle en sådan strategi innebära att sjukvården för det första har skyldighet att informera om tillgängliga metoder (A, B och C). Patienterna får dock själva betala den överskjutande behandlingarkostnad som den offentliga vården inte anser sig kunna svara för.

Om patienterna trots allt vill ha metod C, får de alltså själva lägga till de 25 000 kr som skiljer metod B och C åt. I de fall den offentliga vården begränsar sitt erbjudande till metod A får man på motsvarande sätt själva erlægga 20 000 eller 45 000 kr, om man ändå vill bli behandlad enligt metod B eller C.

Redan tillämpade principer

Motsvarande principer skulle kunna införas på en rad olika områden och tillämpas faktiskt till en del redan idag, t ex på hjälpmedelsområdet. Samma princip återfinns även inom referensprissystemet för läkemedel. Offentlig subvention uppgår maximalt till det be-

lopp som svarar mot referenspriset. Patienten betalar själv mellanskillnaden, om läkemedelspriset är högre än referenspriset.

Vilka är då poängerna med att kombinera önskemål om ökat patientinflytande med en ny modell för avgifter i vården? En första poäng är att (fler) patienter faktiskt kan erbjudas den vård de önskar sig. Om metod C tillhandahålls i utbyte mot extra avgift inom den offentliga vården behöver patienten enligt exemplet ovan endast betala 25 000 kr, till skillnad från de 75 000 kr som måste erläggas om metoden enbart kan erhållas i den privata sektorn.

En andra poäng är att de välinformerade och påstridiga inte kan skaffa sig extra företräden inom ramen för en solidarisk finansiering – om man vill ha metod C får man acceptera att betala extra. En tredje poäng är att HSU 2000:s förslag till patientinflytande i annat fall tvingar vårdpersonal att hushålla med sanningen om de metoder som kan komma ifråga vid olika sjukdomar och åkommor.

Avskräckande nackdel?

Den stora, och sannolikt för många politiker avskräckande, nackdelen är att den vård som de offentliga vårdinrättningarna erbjuder till en del kommer att bestämmas av patienternas betalningsvilja. Lösningen är vad ekonomer kallar Pareto sanktionerad – ingen får det sämre för att några får det bättre – men frågan är om ett sådant kriterium är tillräckligt.

Man kan fråga sig om det gör någon skillnad om patienterna måste erlægga 30 000 kr för att få metod C, och att överskottet (dvs 5 000 kr) används för att ge alla dem som inte förmår betala extra en något bättre vård. En sådan princip följer de fördelningspolitiska principer som formulerats av filosofen John Rawls, så tillvida att ojämlikheten kan accepteras, eftersom den leder till bättre villkor för de minst privilegierade.

Vilka är alternativen?

Om nu sjukvårdshuvudmän och ansvarig personal får större skyldighet att tillhandahålla individuellt anpassad information om hälsotillstånd och behandlingsmetoder, och därutöver en skyldighet (med mera oklara konsekvenser) om att patienternas val av metod skall vara vägledande, finns två strategier som ansvariga bland sjukvårdshuvudmännen har att överväga.

En första strategi är att öppet redovi- ▶

ANNONS

sa vilka metoder som kan komma ifråga, och därefter hänvisa till den privata sektorn, om patienterna har önskemål som inte omfattas av de alternativ man erbjuder.

En andra strategi är att erbjuda samtliga metoder som svarar mot vetenskap och beprövad erfarenhet inom den offentliga vården, men mot en extra avgift (som minst speglar merkostnaden) i de fall 100-procentig offentlig finansiering inte kan motiveras. I det senare fallet kommer fler individer att få sina önskemål tillgodosedda, men på bekostnad av att olikheter tillåts inom den offentliga vården.

Det är svårt att skapa utrymme för individuellt inflytande för det stora flertalet patienter utan att samtidigt ge avkall på något annat. Som visats i artikeln är det fullt möjligt att kombinera övergripande politiska prioriteringar med reellt ökat patientinflytande, men i så fall ställs krav på delvis nytt avgiftssystem.

Målet om god vård på lika villkor kan upprätthållas, liksom prioriteringsutredningens rekommendationer. Alla får inte samma vård, men det måste väl å andra sidan vara syftet med ökat patientinflytande?

Referenser

1. Anell A, Rosén P (red). Valfrihet och jämlikhet i vården. Stockholm: SNS-Förlag, 1996.
2. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Proposition 1996/97:60.
3. Behov och resurser i vården – en analys. Delbetänkande av HSU 2000. Stockholm: Fritzes Förlag, SOU 1996:16.
4. Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling. Stockholm: SBU, 1991.

En hospitalläkares jagt efter "hin onde"

Av en tillfällighet läste jag för en tid sedan en artikel i Svenska Jägarförbundets Nya Tidskrift, Tolfte Ärgången 1874. Den handlade om en gruvlig jakt på Konradsbergs sjukhusområde i Stockholm:

Under februari månad sistlidet år (1873) började från trakten sydväst om hospitalet Konradsberg nattetid låta höra sig ett hemskt utdraget tjut af ååh! ååh!, påminnande om en i fara stadd människas jemmarop och natt efter natt närmade sig det samma mer och mer hospitalets område, tills det slutligen i mars månad der lät höra sig inom sjelfva sjukhusbyggnaderna i den mon, att det ibland störde sömnen för lättsöfde både friske och sjuke samt blef föremål för mycken undran och skräck. Oaktadt jag sjelf ej ditills fått höra samma tjut, anade jag dock, såsom gammal jägare, dess verkliga beskaffenhet och tillsade nattväktaren att uppmärksamma förhållandet samt delgifva mig sina iakttagelser derom; och efter någon tids förlopp rapporterade han, att låtet kom från ett flygande »odjur», som vanligen om aftnarne uppehöll sig i Essinge- och Kristinebergs-skogarne, men nattetid derifrån gjorde utflykter in på hospitalets egor och under sistlidna natt flere minuter sutit på stora sjuk-

husbyggnadens tornkors samt derifrån »vralat som en tjur».

Då emellertid redan natten derefter tjutet låtit höra sig inom hospitalets område, och då dessutom nattväktarens vid förenämnda tillfälle gjorda upptäckt, att detsamma var behornadt, hos några melankoliska patienter alstrat vanföreställningen, att det var »sjelfva hin onde», som lurade på något rof, ansåg jag mig hafva stort skäl att sjelf å tjensens vägnar uppträda och söka tillfälle att formera närmare bekantskap med odjuret.

Några dagar derefter, då jag klockan 11 på aftonen hemkom från staden, möttes jag först af besagda tjut och derefter af nattväktarens rapport, att det hördes utgå från den sydväst intill hospitalets gränser stötande Kristinebergsskogen. Snart var jag ock med dubbelgevär m m rustad till utfärd, samt begaf mig, åtföljd af nattväktaren, ut i den mörka men lugna aftonen bort åt nämnda skog. Som jag emellertid i brådskan glömt medtaga nyckeln till hospitalets plankport utåt nämnda trakt och ej sjelf ville klättra deröfver, måste jag stanna innanför, men halp nattväktaren öfver planket och tillsade honom att gå och försöka upptäcka odjuret i skogen, der det ännu satt och tjoät.

Efter några minuter återkom han med underrättelsen att han gått omkring och stått bredvid det träd från hvilket låtet hördes utgå, men oaktadt alla försök ej kunnat i aftonens mörker få syn på den hemska roparen.

Sedan derefter tjutet natten efter lördagen den 29:de mars åter låtit höra sig från stora sjukhusbyggnaden öfver biträdande läkarens boställsrum, och det så kraftigt att denne min värda kamrat, för att få sofva i ro, funnit sig föranlåten att öppna fönstret och högljudt bjuda odjuret vika hädan, beslöt jag att offra söndagsaftonen till en förnyad jagtutflykt efter det samma.

För sådant ändamål gjorde jag på eftermiddagen dels en inspektion af det ställe i Kristinebergsskogen, hvarifrån låtet fredagsaftonen hörts utgå och som befans upptaget af några gamla, höga, i kanten af skogen stående tallar, och dels en profskjutning med räfhagelskott, laddade jag åter båda piporna omsorgsfullt med räfhagel, gick hem och inbjöd hospitalets uppsyningsman till deltagande i den förestående utfärden, samt satte mig sedan i allsköns ro vid ett glas punsch för att invänta nattväktaren, som fått tillsägelse att efterhöra och rapportera när gästen lät höra sig.

MEDICIN HISTORISK

paus

Medicinhistoriska ögonblicksbilder, i form av en kort text till en bra bild, välkomnas!

»Medicinhistorisk paus»
Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Redaktör:
Kristina Räf