

»Ingen söker vård i onödan«

Bara konsumentmakt med ekonomiska konsekvenser kan förändra sjukvården

Alla de lagstadgade krav som konsumenter kan rikta mot näringsidkare, bilverkstäder och affärskedjor borde de rimligen också kunna rikta mot hälso- och sjukvården. Det gäller leveranstid och garantier, liksom möjlighet att reklamera och erhålla kompensation om givna löften inte infrias. Förändringarna kan kallas revolutionerande, men är just vad som krävs för att sjukvårdens kris ska kunna hävas.

ERIK BJÖRN-RASMUSSEN
docent i invärtesmedicin, Stockholm
erik.b@tele.2.se

DICK ERIXON
vårddebattör och f d sjukvårdspolitiker,
Stockholm

■ Vi vill påstå att dagens sjukvårdssystem styrs av ett antal myter som gör att det inte förmår använda sina resurser effektivt, hur engagerad och kompetent vårdpersonalen än är.

Systemet är destruktivt. Därför räcker inte enstaka åtgärder. Vi håller med landstingsrådet Stig Nyman om att det behövs ett öppet och ärligt samtal om effektivitet snarare än »polariserad sjukvårdsdebatt« [1]. Vi håller också med professor Lars Werkö om att lagarbete och andra moderna arbetsformer är nödvändiga också inom sjukvården [2]. Men ingenting av detta är möjligt om vi inte först vågar bryta mot starka tabun och kritisera de myter som styr dagens system.

Fyra myter

- Den starkaste myten, som dominerar såväl politikernas som vårdprofessionens tankevärld, är att tillgängligheten till vården måste begränsas eftersom patienternas efterfrågan annars skulle vara oändlig och omättbar.
- En annan myt, mest ihärdigt försvarad av politiker till vänster på skalan, är att sjukvården måste drivas som planmonopol för att samhällets mål om solidaritet och god vård för alla ska kunna uppnås.
- En tredje myt, mest frekvent bland marknadsliberaler, är att människors efterfrågan på sjukvård kan kategoriseras i enkla termer av antal läkarbesök och antal behandlingar.
- En fjärde myt dominerar läkarkåren, och enligt den kan i princip inga andra än specialister göra de rätta kliniska bedömningarna.

Lösningarna måste sökas bortom traditionell höger och vänster. Politiker av olika färg behöver erkänna att hittillsvarande inriktning är otidsenlig. Vårdprofessionen behöver visa samma grad av självkritik och konstatera att sjukvårdens interna organisation i dag inte har patienternas bästa i fokus.

Först när en djupare probleminsikt nåtts kan en öppen diskussion starta om hur myterna kan bytas mot nya, konstruktiva lösningar och arbetsmetoder.

Ingen söker vård i onödan

Vi menar att ingen söker vård i onödan. Ingen underkastar sig för skojs skull olika medicinska ingrepp, medicinering och operation. Därför är det fel att försöka begränsa tillgängligheten till vården.

Däremot kan patienter överkonsumera vård, men det är ett resultat av att sjukvården inte ger svar på den orolige patientens frågor. Överkonsumtion genereras med andra ord av sjukvården själv, inte av patienten.

I tidigare debatt om primärvården har vi i Läkartidningen [3, 4] påtalat att en mycket liten grupp patienter, cirka 3 procent av befolkningen, svarar för hälften av sjukvårdens samlade kostnader. En del i denna grupp har klar och tydlig diagnos och får därför adekvat – och kostsam – vård. Men en betydande andel i gruppen utgörs av patienter vars överkonsumtion orsakas av ett allvarligt systemfel med rötter i långvarig försummelse av medicinsk vetenskapsteori.

Vi menar att det råder en obalans mellan det kliniska arbetets två viktigaste idéhistoriska linjer: det strikt vetenskapliga perspektivet, ibland kallat scientism, och läkarens ansvar för att enligt den hippokratiska eden bota och/eller lindra besvär hos patienten man möter vid sängkanten eller på mottagningen.

Att se patienten ur ett helhetsperspektiv har i flera årtionden kommit i skuggan av specialiteternas forsknings-

insatser koncentrerade på ett organsystem i taget.

Forskningen är givetvis central för medicinska framsteg, men det går inte att bortse från att vårdens mål och syfte är att hjälpa människor av kött och blod. Dessa människor måste bemötas med respekt. I takt med att specialiteterna blivit allt fler har läkarkårens ansvar för helhetsbedömningen kommit i skymundan. Det patientnära arbetet har numera låg status i flera avseenden, såväl organisatoriskt, ekonomiskt som karriärmässigt.

Förtroendefull relation med patienten

De av oss som i läkaryrket försökt anlägga helhetsperspektiv, såväl på universitetssjukhus som i primärvården, vet av egen erfarenhet att en förtroendefull relation med den enskilde patienten gör det möjligt att diskutera och förklara var gränserna går för vad den vetenskapliga medicinen klarar av. Utifrån en läkarroll som generalist med helhetsansvar kan patienten stödjas så att hon kan komma till insikt om vad som är möjligt. Hon kan då ägna sin energi åt att lära sig leva med sin situation och göra det bästa möjliga av den i stället för att jaga vidare bland specialiteterna efter svar hon aldrig får.

Bakvänd incitamentsstruktur

Men en sådan läkarroll, ett sådant helhetsansvar, tillmätts inget värde i nuvarande system. Därför har incitamentsstrukturen blivit så bakvänd att systemet

»Bara om sjukvårdens organisation utsätts för ett »yttre tryck« genom konkurrens med juridiska och ekonomiska konsekvenser, kan dagens förstelnade strukturer brytas upp.

rens med juridiska och ekonomiska konsekvenser, kan dagens förstelnade strukturer brytas upp.

Patienterna saknar maktmedel

Patienterna riktar redan i dag detta tryck mot vården, men de saknar maktmedel. Om sjukvårdens resurser, den solidariska finansieringen, i en ny struktur – en kundvalsmodell – följer patienten skapas ett ofrånkomligt »yttre tryck« på det interna arbetet. Vårdens huvuduppgift – att producera patientnytta – understryks.

I en kommande artikel tar vi upp de två myter som berör de politiska aspekterna inför övergången till en ny struktur.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

I dagens system betraktas patienter med svårtolkade symtom eller med flera diagnoser som »besvärliga« och skickas runt som ett slags Svarte Petter.

i dag motverkar att läkare skapar en förtroendefull relation med främst de patienter vars problematik är mer komplex och svårtolkad. Detta oavsett om de bakomliggande orsakerna handlar om psykosomatik eller äkta somatik som berör fler specialiteter samtidigt.

Vården är alltså inte organiserad för att ge patienterna svar på deras frågor. Det gäller särskilt patienter med svårtolkade symtom eller med flera diagnoser. I dagens system betraktas de som »besvärliga« och skickas därför runt mellan vårdenheter och specialiteter som något slags Svarte Petter. Och orsakar överkonsumtion till nytta för ingen.

Vi menar att det måste bli lönsamt att upprätta en förtroendefull relation och därmed en specifik kunskap om varje patients särart och sammanfogade kliniska problematik. Bara så kan kostsam rundgång i sjukvården bytas mot trygghet. Ett system som ger incitament att möta patienter med respekt blir också till fördel för de stora patientgrupper som söker vården vid enstaka tillfällen för lättbehandlade besvär.

Effektiv medicinsk service som sjukvårdens första led mot allmänheten skulle spara mycket tid och stora resurser. Små resurser åt enkla självläkande eller lättbotade tillstånd. Större resurser åt de tillstånd vars bakomliggande orsaker inte är lika självklara.

Ny roll för specialiteterna

I en förändrad struktur får specialiteterna en ny roll, inte i den del som rör vetenskaplig forskning men väl i det som berör patienter. Just på grund av sin specialistroll kan de inte ta helhetsansvar för patienterna. Genom att tillhandahå-

la sin spetskompetens får de i stället en tydligare roll som konsulter. Detta i vetenskap om att en annan läkare utifrån sin generalistkompetens tar ett tydligt helhetsansvar för patienten.

Generalistfunktionen blir ansvarig för patienterna som konsument. Denna delvis nya funktion innebär större ansvar än nuvarande primärvård, både ekonomiskt och beträffande ansvar för patientens vårdprocess. Den bör ha till uppgift att skapa förtroendefulla relationer med patienterna och, i de situationer då man själv inte är ansvarig för utredningen, att förklara vad specialiteternas utredningar betyder för patienten. På så sätt behöver patienter inte möta en stor mängd läkare som var och en ger sina kvalificerade, men för patientens tillstånd avgränsade och därmed otillräckliga, och ibland motstridiga, besked.

Konsumentperspektiv i vården

Vi talar helt enkelt om att göra det möjligt för sjukvården att anlägga ett konsumentperspektiv. För oss är det obegripligt att det i konsumentpolitiken finns vattentäta skott mellan kommersiell verksamhet och offentliga tjänster. Alla de lagstadgade krav som konsumenter kan rikta mot näringsidkare, bilverkstäder och affärskedjor borde rimligen också kunna riktas mot hälso- och sjukvården. Det gäller leveranstid och garantier, liksom möjlighet att reklamera och erhålla kompensation om givna löften inte infrias.

Det är förändringar som kan kallas revolutionerande, men just vad som krävs för att sjukvårdens kris ska kunna hävas. Bara om sjukvårdens organisation utsetts för ett »yttre tryck« genom konkur-

Referenser

1. Nyman S. Sansat samtal om sjukvården efterlyses! Läkartidningen 2003;100:2869.
2. Werkö L. Läkarna inte längre herrar på sjukvårdstappen. Läkartidningen 2003;100:2373-7.
3. Björn-Rasmussen E, Erixon D. Ny struktur krävs för patientfokuserad vård. Läkartidningen 2003;100:634-5.
4. Björn-Rasmussen E, Erixon D. Vårdpeng i stället för lappa och laga. Läkartidningen 2003;100:972.