

"Vill du skära breda remmar väljer du en annan hud än din egen"

Fortsatt debatt om vårdbehovsbegreppet

Erik Allander

Erik Allander, professor i socialmedicin vid Hud-
dinge sjukhus fortsätter här sin debatt med reu-
matologprofessorn Kåre Berglund om vårdbe-
hovsbegreppet. Det framlagda förslaget till ny
hälso- och sjukvårdslagstiftning nämner både
individen och befolkningen som mål för an-
strängningar att bibehålla och förbättra hälsan.

I fördelningen av resurserna, både till individ
och grupp – en del av bägge sätten att se på
vårdbehov – har läkaren en stark ställning. De
sociala och psykologiska dimensionerna i vård-
behovet är illa tillgodosedda i dagens sjukvård
men en ändring är på väg. Författaren hävdar
att Berglund i sitt vårdbehovsbegrepp inte tar
hänsyn till den grupp sjuka som av många or-
saker inte har kontakt med sjukvården.

Kåre Berglund har fortsatt den debatt som startade
med Kåres artikel i Sjukgymnasten nr 1, 1979, om
"Patientupplevda behov som bas för sjukvårds-
processen". Jag har flera gånger debatterat detta
med Kåre och jag tycker att vår debatt är menings-
fylld. Vi lär oss av varandra. Jag skall ta upp några
viktiga punkter i Ditt senaste inlägg.

Du citerar min artikel i SMT, nr 6, 1979: "Sjuk-
vårdens roll är *inte* patienternas, sjukvårdens mål är
att förbättra och bibehålla befolkningens hälsa".
Här tycker jag nog att jag inte har varit tillräckligt
tydlig. Understrykningen skulle ha gällt inte bara
"inte" utan också "patienternas". Du utgår i Ditt
resonemang från det mycket intressanta lagstift-
ningsförslag som hälso- och sjukvårdsutredningen

nyligen presenterat. Du tycker Dig där finna stöd
för att lagförslaget deklarerar att man uppfattar
samhällets behov som lika med enskilda medbor-
gares behov. På en högre abstraktionsnivå kan man
säkert instämma i detta men så fort man diskuterar
genom vilken organisation, dvs med vilka medel,
behoven skall tillgodoses och inte minst fördelas så
uppstår det problem. Det är speciellt på fördelnings-
sidan som jag tror att vi måste diskutera behovsbe-
greppet vidare. Organisation och tankarna bakom
den ger oss möjlighet för flera olika fördelningsprin-
ciper.

Läkarnas inflytande

Läkarnas inflytande inom denna organisation är
mycket stark och framgår i flera undersökningar,
som exempel den nyligen publicerade "Health care
budgeting. Goals, structure, attitudes" av Edgar
Borgenhammar, ISBN nr 91-7258-119-0, Stockholm
1979. Just på fördelningssidan har läkare inte sällan
andra åsikter än vad politiker har, tillräckligt ofta
för att det skall vara principiellt intressant i vårdbe-
hovssammanhang. Att man i HSU inte väljer be-
teckningen patient utan vårdsökande styrker sken-
bart Din tes om individen och inte befolkningen som
vårdbehovsbäraren. Men om vi ser på § 3 i lagför-
slaget så säger man att "varje landstingskommun
bär ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem
som är bosatta inom Landstingskommunen och för
att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem". Här
präglar alltså inte vårdsökande-patientbegreppet
utan befolkningen ("de bosatta") organisationens
ansvar för att förverkliga lagstiftningens mål. De

.....
*Här präglar alltså inte vårdsökande-patient-
begreppet utan befolkningen organisationens
ansvar för att förverkliga lagstiftningens mål*
.....

konsekvenser Du drar av detta kan jag alltså fortfarande inte hålla med Dig om. Jag tycker alltså fortfarande inte att det är som Du säger att "målet att förbättra och bibehålla befolkningens hälsa bäst uppnås om sjukvården tillfredsställer de av patienterna upplevda behoven". Jag upplever det hela tiden som besvärande i Ditt resonemang att Du glider mellan begreppen person i befolkningen och patient. Eftersom läkaren har en så stark ställning i den organisation som bestämmer och fördelar, i varje fall inom vissa gränser, vilka och hur många som skall bli patienter på hans klinik är detta en viktig del av resonemanget.

Du vet lika väl som jag om den stora olikhet i profil som finns mellan reumatologklinikerna här i landet. Generellt sett gäller dock det här resonemanget i mindre utsträckning distriktsvården. Den stora variationsbredden inom reumatologin är ingalunda unik, den finns ofta dokumenterad inom sjukvården.

Balansen mellan olika dimensioner

Å andra sidan tycker jag lika lite som Du att samhällets organ efter någon sorts riksnorm skall bestämma vad som är den enskilde patientens behov. Det kan vara framtvingat när det gäller vissa ekonomiska beräkningar men våra resonemang gäller ju inte sådana. Det är ju orimligt både ur teknisk och teoretisk synpunkt eftersom behov är ett resultat av en process, ett informationsutbyte mellan vårdgivare och mottagare där komponenterna i denna situation och miljö ständigt varierar.

Du använder termen "städbolag" om sjukvården. En punkt där Du vill pressa mig i Ditt senaste debattinlägg rör de "sociala och psykologiska dimensionerna av sjukdom som de upplevs av patienten, som ett överordnat intresse för sjukvården och något som sidoordnat huvuduppgiften, dvs den medicinska verksamheten och som därmed också handlägges vid sidan av huvuduppgiften i mån av tid

och ekonomi". De medel som sjukvården har till sitt förfogande, och jag menar inte bara ekonomi utan apparater, personer osv har ju faktiskt en mycket stark tyngdpunkt i det traditionellt medicinska arbetet. Man tar prover, gör kliniskt fysiologiska undersökningar, opererar, transfunderar, ger tabletter m m med de medicinska resurserna som bas. På den punkten behöver vi ju inte hålla på att diskutera eftersom det är sakläget. Att man sedan skulle vilja ha en annan balans där just sociala och psykologiska dimensioner av sjukdom uppmärksammades mera är vi bägge överens om och på den punkten är vi inte ensamma. Det vore ju bra konstigt att jag som socialmedicinare där skulle ha en annan åsikt. Det finns ju flera initiativ i den riktningen, både i grundutbildningen, efterutbildningen och i behandlingen av patienten. Man vidgar synen på dessa delar av patientens värld. För vår debatt är det viktigt att hålla isär hur sjukvården är konstruerad och hur vi *skulle vilja* att den såg ut. Jag gläder mig åt att Du också vill ta upp till diskussion de försök till analys av helhetssynen som jag skrivit om i Läkartidningen nr 44 (Läkartidningen 76: 3889, 1979). Det har i viss mån relevans för vår behovsdiskussion. Hälso- och sjukvårdsutredningen tar som sig bör upp helhetssynen men gör det enligt min uppfattning på samma lösa sätt som är så vanligt förekommande. Man kör också med en klyscha "symptominriktad sjukvård" som om behandling av symptom i och för sig var något dåligt. Det är ack så lite behandling i medicinen som är kausal i djupare mening. Tillsammans med den vårdsökande skall man alltså, anser Du, bilda sig en uppfattning om den vårdsökandes problem och möjligheterna att komma till rätta med detta. Tillsammans med den vårdsökande, *ja*, men hur samråder man med de andra sjuka, de som inte kommer in, de som står i kö, de som inte kommer fram till kön? Var finns Din gemensamhet och behovsdiskussionsutbyte med de grupperna?

Fördelningspolitiska konsekvenser

Du tolkar det som om HSU anser att patientupplevda behov och problem skall vara styrande för sjukvårdsprocessen. När det gäller kartläggning av önskemålen, troligen ja, men när det gäller uppfyl-

Den för mig centrala frågan är hur Du (Ni) ransonerar de resurser som finns på kliniken

landet av dem endast med många reservationer. Jag vill bara lämna ett exempel. Inom reumatologin har vi ju här i Stockholm haft bekymmer att få reumatologernas gehör för patientorganisationernas önskemål om hur sjukvårdsorganisationen skall utformas för att bäst tillgodose reumatikernas behov. Jag skall återkomma till detta i ett annat sammanhang.

Det är självklart att vi skall ha en individuell behovsorienterad problemlösande sjukvård som bas. Här tycker jag att Du slår in öppna dörrar. Det är de fördelningspolitiska och fördelningsorganisatoriska konsekvenserna av sådana behovsbedömningar i kombination med läkarens makt- och beslutställning som jag ser som så viktigt när det gäller att bedömma vårdbehov för de grupper av sjuka som inte är patienter.

Du är alltså villig, och tycker tom att det är väldigt bra, "att notera patienternas önskemål om att bli befriade från aktuella eller förväntade eller besvärande plågsamma sociala och/eller psykologiska konsekvenser av sjukdom" som Du skriver. Men att *realanpassa* patienten är också en av läkarens uppgifter. Som klinikchef disponerar du medel att tillmötesgå vissa och endast en mindre del av de här önskningarna och styrka de flesta. Både som makthavare och prioriterare får Du och Din grupp som leder kliniken en stark ställning. Den blir om möjligt ännu starkare om man arbetar enligt team-

Den stora och ökande disproportionen mellan möjligheter och resurser är vårdsektorns över-skuggande dilemma

principen än i ett gammaldags hierarkiskt system. Den för mig centrala frågan är hur Du (Ni) ransonerar de resurser som finns på kliniken, att de kommer inte bara dem tillgodo som kommit till Din klinik, utan dem med samma sjukdomar som Du ännu inte har kontakt med? Jag sätter stort värde på Ditt engagemang att verkligen närma sig patientens behov men avundas inte den ställning som Du därigenom skapar för dem som är *utanför* när Du sitter i prioriteringens brännpunkt. Du kan alltid invända att Din uppgift bara är att ta hand om dem som kommer till Din klinik, samtidigt har Du ju varit engagerad i sjukvårdsplaneringsarbete, dvs att Du måste också ha tagit in bedömningar om de grupper som inte kommer till Din klinik.

Slutligen! Du använder termen "upplevda behov". För mig är detta en tautologi. Behov är någonting som *upplevs* mer än någonting som *förverkligas*. Du och Dina medarbetare, tillsammans med patienterna, har valt *ett* sätt att förmedla medlen, andra reumatologer gör det på ett annat sätt. Detta är inte en fråga om rätt eller fel utan ett rimligt val av många men där en stor del av de sjuka ställs utanför både denna beslutsprocess och resurserna. Den stora och ökande disproportionen mellan möjligheter och resurser är vårdsektorns överskuggande dilemma.