

Sjukvårdens mål är att förbättra befolkningens hälsa

Erik Allander

Sjukvårdens svagheter är brist på medvetenhet om vårdens egentliga mål samt oförmåga till inlevelse i det som är sjukdomens innebörd för patienten. Men sjukvårdens mål är inte patienternas, sjukvårdens mål är att förbättra eller bibehålla befolkningens hälsa, framhåller Erik Allander, professor i socialmedicin vid Karolinska institutet i nedanstående replik till Kåre Berglunds artikel (sid 333).

Såg i Sjukgymnasten nr 1, 1979, ditt arbete om "Patientupplevda behov som bas för sjukvårdsprocessen". Har läst igenom den och vill med utgångspunkt från den fortsätta vår permanenta dialog om vårdbehov. Området är svårt och jag tror att man vinner en hel del på att utbyta synpunkter. Instämmer helt i två utav dina utgångspunkter nämligen att sjukvårdens svagheter är brist på medvetenhet om vårdens egentliga mål *samt* oförmåga till inlevelse i det som är sjukdomens innebörd för patienten.

Du tar sedan upp den definition av vårdbehov som jag har träcklat ihop. Det hade ju varit bra om du angivit källa SMT nr 3/77 eftersom du använder den definitionen som utgångspunkt för din argumentering och inte bara det, du misstolkar den också. Detta kan naturligtvis tas som ett uttryck för att definitionen eller rättare sagt förslaget till definition har svagheter.

Den definition som jag föreslagit är alltså "En egenskap hos en person som företer defekt, sjukdom, symtom eller process vilka på vetenskapens eller den beprövade erfarenhetens nuvarande ståndpunkt går att förebygga, bota, lindra eller uppskju-

ta". Det är inte alls någon renodlad teknologisk syn som här kommer till uttryck, avsiktligt är termen process införd vilket jag senare kommer tillbaka till. Det är ju inte alls någon fråga om strikt biologiska avvikelser, symtom kan ju vara ångest, oro, tveksamhet, osäkerhet, nervositet, magvärk, ledvärk. Det står inte heller att det är sjukvården som ska korrigera det här. Det står alltså på "vetenskapens och den beprövade erfarenhetens nuvarande ståndpunkt" dvs naturligtvis den samlade vetenskapens synpunkt inte bara den medicinska. Auktoritet har ingenting med det här att göra, det är det sätt på vilket man arbetar. Du säger t o m "visst är detta en karikatyr" men jag vet inte riktigt vad du menar.

Sedan tar du upp sjukdomen som upplevelse. På den punkten håller jag naturligtvis med dig. Det är ju hela upplevelsesidan som i mångt och mycket styr sjukvårdskonsumtionen, upplevelse ingår ju i de många befolkningsundersökningar som görs i Sverige idag.

Helhetssynen i sjukvården

Du tar upp "helhetssynen i sjukvården". Jag har intresserat mig för detta, en artikel kommer i Läkartidningen så småningom där jag försöker analysera helhetssynen och vad den egentligen ger uttryck för.

Du inför termen "patientupplevda behov". Vilket du definierar så här som "önskningar om att bli befriad från aktuella eller förväntade besvärande/plågsamma sociala och/eller psykologiska konsekvenser av sjukdom". Man kan här använda konventionella termer som finns i litteraturen så är det alltså som efterfrågan kan vara dold eller manifesterad. Efterfrågan berör då vissa tjänster som patienten upplever att sjukvården antingen har eller

.....
Om sjukvårdens mål skulle vara att tillfredsställa patientens upplevda behov skulle sjukhusen vara fyllda av örtmediciner, kiropraktorer och psykologer.
.....

borde ha.

Du definierar sjukvårdens mål som att tillfredsställa de av patienten upplevda behoven av social och psykologisk art. Nej, på den punkten är jag inte alls överens med dig. Sjukvårdens mål är *inte* patienternas, sjukvårdens mål är att förbättra eller bibehålla befolkningens hälsa. Patienter är *konsekvensen* av det vårdssystem som vi använder som medel för att uppnå de här målen. Om sjukvårdens mål skulle vara att tillfredsställa patientens upplevda behov så skulle sjukhusen vara fyllda av örtmediciner, kiropraktorer, psykologer, det skulle bli en klart anti-biologisk inställning inte bara det, en stark orealism skulle sprida sig i sjukvården. Du har också en andra sentens här, nämligen "när detta är möjligt och rimligt med hänsyn till existerande resurser". I själva verket så upphäver du ju därigenom det väsentliga i den tidigare meningen. Det är ju inte bara resurser det gäller utan det är ju också kunskaper, du kan ju ha en väldig massa resurser som inte utnyttjas, naturligtvis gäller det också kunskaper.

Samtidigt ska man naturligtvis försöka tillgodose, när det så går av ekonomiska skäl och andra skäl, patientens upplevda behov av social och psykologisk art som en del av en sjukdomsprocess.

Demokratiseringsprocessen och vårdbehoven

En annan synpunkt där jag inte heller håller med dig berör demokratiseringsprocessen. Du säger att den innebär "att de som jobbar i vården möter varandra med öppenhet och förtroende". Det viktiga med demokrati är inte öppenheten och förtroendet som sådana utan det är i stället en öppenhet för kritik, både att kunna ta och att ge och att förstå att den berör saker och inte personer. Systemet kring kritikhantering är demokratins kärna, det är ett förtroende för institutioner och deras funktion, tex insti-

tutionsstyrelser, olika nämnder och att deras arbete sker öppet med möjlighet för insyn. En auktoritär person kan alltså mycket väl arbeta inom ett demokratiskt system och kommer då att passas på av övriga aktörer i det här systemet.

Du tar sedan upp vetenskapsteori. Det är ju ett viktigt område som ju ska inkluderas i den nya läkarutbildningen. Några som arbetar här på institutionen har sådan utbildning och vi har en del projekt på gång med filosofer. Du säger här nämligen att sjukdomssituationen uppfattas som en dynamisk process som utom de förändringarna även omfattar de sociala miljömässiga relationerna.

Det är precis detta som jag har avsett när jag talat om process med en definition av vårdbehov. Jag förstår nu att den har varit oklar på den punkten och att man hellre skulle formulerat den som, eller som påverkats av ovanstående (dvs defekt, sjukdomssymtom eller process).

På den punkten ska vi arbeta vidare med vårdbehovsdefinitionen.

Du tar också upp en central sak nämligen "vårdspersonalen måste här hjälpa patienten att föreställa sig vad detta, ännu icke inträffade, skulle innebära...". Det finns en kärna av vårdbehovsbegreppet nämligen något som jag skulle vilja kalla för gemensam framtidskunskap och framtidshantering, ett slags gemensamt konkretiserat prognosarbete. Det kan säkert formuleras på andra sätt också. Det ingår ju i Margus Mägis modellarbete om vårdbehov inom reumatologin.

Backa från utgångspunkten

I artikeln måste du här ständigt backa från utgångspunkten och när du kommer till angelägenhetsprövningen av mål, då ju det professionella kunnandet i själva verket desarmerar det mesta av de psykologiska och sociala önskemålen, där det ibland, men naturligtvis inte alltid, finns det stora inslaget av

.....
En auktoritär person kan alltså mycket väl arbeta inom ett demokratiskt system och kommer då att passas på av övriga aktörer i det systemet.
.....

orealism. Du vill att man tillsammans med patienten ska få fram en realistisk uppfattning om vad målet kommer att innebära samt om tillgängliga resurser. Medge då att man satsar mest på teknologi! Du kommer här in på en väldigt viktig sak som du går över alldeles för snabbt nämligen en central funktion i sjukvården nämligen prioritering som är obehagligt. Du måste få 10 glas vatten att räcka till 1 000 törstiga.

Du påpekar grunden till den odemokratiska situationen i sjukvården nämligen att vårdgivaren all-

jämt har en oinskränkt makt att bestämma vilka åtgärder och mål som ska komma i fråga. Detta är väl en sanning med modifikation, sjukvården är ju rådgivande, det hade varit intressant om du hade utvecklat de här tankegångarna med utgångspunkt från reumatologi.

Slutligen tar du upp "genomförandet av åtgärder får en större verklighetsanknytning när de är knutna till kända behov som patienten upplever". Håller med om det. Sjukvården kommer alltid att ha en obehaglig funktion nämligen en realitetsanpassande sådan.

FÖRENINGEN SVERIGES SOCIALCHEFER

har under senare år gett ut följande publikationer, som kan rekvireras från Föreningen Sveriges Socialchefer, c/o Stockholms socialförvaltning, rum 1607, 106 64 Stockholm

"Samhällsekonomi och Socialtjänst"

konferenstryck från studiedagarna 1978. Pris: 20: – exkl. porto.
Vid beställning över 15 ex kronor 15: –/ex.

"Socialarbetaren och det sociala arbetet"

konferenstryck från studiedagarna 1977. Pris: 10: – exkl. porto.

"Yrke: Medmänniska" (1977)

Svante Foerster & Björn Lindroth möter Sveriges socialchefer. Pris: 15: – exkl. porto.

"Bättre barnmiljö"

konferenstryck från studiedagarna 1976. Pris: 15: – exkl. porto.

"Rätten till arbete"

konferenstryck från studiedagarna 1975. Enbart portokostnad.

Beställningstalong

Härmed beställes

.....
.....
ex publikation

namn
gatuadress
postnummer
postadress
faktura/postförskott

Till föreningen Sveriges Socialchefer, c/o socialförvaltningen, rum 1607, 106 64 Sthlm