

# BACK TO BASICS

**P**rioriteringsutredningen "Världens svåra val" (SOU 1995:5) rekommenderade med stöd av Hälso- och sjukvårdslagen och ett närmast enhälligt stöd från remissinstanserna att ett överordnat etiskt mål för hälso- och sjukvården är att:

*De patienter som till följd av sjukdom eller skada har det största behovet av medicinska insatser och omvårdnad skall ges företräde till hälso- och sjukvård.*

Utredningen ledde till att denna princip skrevs in i Hälso- och sjukvårdslagen 1997.

De senaste decennierna har hälso- och sjukvården dock alltmer inriktats mot preventivt/förebyggande arbete genom att upptäcka och handlägga olika riskfaktorer; såväl levnadsvanor (t.ex. tobak, alkohol) som "kroppsriskfaktorer" (t.ex. högt blodtryck, höga blodfetter, risk för undernäring) och mycket annat. Styrningen sker ofta genom ekonomiska incitament att registrera olika risker i nationella kvalitetsregister.

Den välvilliga, förebyggande screeningen av riskfaktorer har fört med sig en rad problem (risker!) och innebär en stor risk att offentliga resurser används på ett ineffektivt sätt, i direkt strid med Prioriteringsutredningens intentioner. Mycket talar dessutom för att fokuseringen på att förbygga ohälsa har trängt undan läkarnas huvuduppgift, som avser diagnostik, behandling och uppföljning av de enskilda patienternas hälsoproblem över tid. Hälso- och sjukvårdens vanligaste patient i både sjukhusvård, primärvård och kommunal omsorg har flera samtidiga långvariga hälsoproblem (kronisk multisjuklighet).

Om den offentligt finansierade hälso- och sjukvården skall kunna klara dagens och inte minst framtidens utmaningar måste vi hitta en bättre avvägning mellan hantering av patienternas manifesterade hälsoproblem och deras riskfaktorprofiler. Här är förslag till några utgångspunkter för detta angelägna arbete:



**GUNNAR  
AKNER**

Läkare och professor  
i geriatrik vid Örebro  
universitet

**1. Generalister:** Generalistperspektivet måste få en betydligt starkare ställning än idag. De tre medicinska specialiteterna allmänmedicin, internmedicin och geriatrik motsvarar tillsammans ca var tredje läkare i Sverige. Det är mycket mer som förenar än som skiljer dessa specialiteter och uppdelningen av dem på olika vårdformer (sjukhus-primärvård) respektive hälsofaser (akut-subakut-elektiv) är ett stort problem, som skapar onödiga och farliga gränser.

**2. DBU-metoden:** Hjärtat i den kliniska medicinen kan beskrivas genom DBU-metoden: Diagnostik, Behandling och Uppföljning. (Läs mer om metoden på [www.gunnar-akner.se](http://www.gunnar-akner.se))

• **Diagnostik:** Det är nödvändigt att läkare har en god överblick över de enskilda patienternas hälsoproblem (symtom, diagnoser, risker, psykosocial kontext), samband mellan symtom och diagnoser och hur de utvecklas över tid. Metoden för att förbättra detta är den medicinska journalen, som bör inriktas betydligt mer på överblick och grafisk visualisering. Yrkesgrupp-perspektivet på journalen bör ersättas av ett tydligt patientperspektiv.

• **Behandling:** Behandling av kroniska, multipla sjukdomar bör ses som ett behandlingsprogram, där olika metoder (t.ex. läkemedel, nutrition, fysisk aktivitet/träning, hjälpmedel, social service, ADL-stöd etc) är integrerade och koordinerade. Ur ett generalistperspektiv är det orimligt att olika specialister och yrkesgrupper har fri ordinationsrätt mot patienterna; det gäller både läkemedel och andra behandlingsmetoder. En mer ändamålsenlig uppläggning vore att specialister lämnar förslag till behandling till patienternas fritt valda generalistorienterade "fasta läkarkontakt" för integrerad bedömning före beslut om behandling.

• **Uppföljning:** Effekter av behandlingsprogrammet bör regelbundet följas upp med en kritisk granskning av att positiva (avsedda) effekter uppnås och att negativa effekter (biverkningar) inte uppkommer. De allra flesta biverkningar är dosberoende och därför möjliga att upptäcka tidigt genom adekvat monitorering.

Om det kliniska arbetet utformades enligt DBU-metoden skulle behovet av extern kvalitetskontroll och ad hoc-metoder som läkemedelsgenomgångar reduceras betydligt.

**3. Riskprofiler:** Screening för enskilda riskfaktorer bör kompletteras med riskfaktorprofiler, för att bedöma de enskilda personernas samlade hälsorisk. Handläggning av riskfaktorprofilen måste integreras med handläggning av de manifesterade hälsoproblemen, varav de flesta även utgör risker.

Läkarnas långa utbildning (minst 12-13 år till första medicinska specialitet; många har flera specialiteter och är dessutom forskarutbildade) i kombination med deras medicinska ansvar för de enskilda patienterna borde innebära att kliniskt aktiva läkare alltid medverkar vid utformning av vårdverksamheten (styrning, organisation, arbetssätt, journaler, fortbildning etc) så att den blir så kliniskt relevant och service-minded som möjligt. Ovanstående kan sammanfattas under devisen "back to basics".