

# Måste onkologer prioritera?

**S**verige är ett av världens rikaste och ett av världens mest jämlika länder och har en sjukvård som har en mycket hög standard. Generellt sett är de medicinska resultaten i toppklass. Läkarna i verksamheten, deras patienter, politikerna och massmedia hittar trots det alltid aspekter som ”måste” förbättras – och att alla finner att vi inte nått så långt man kan kanske ska ses som ett hälsotecken.

När vi nu lägger cirka 11 procent av bruttonationalprodukten på sjukvården finns det emellertid inte så stort utrymme för skatthöjningar som skulle kunna tillfalla sjukvården – denna konkurrerar ju om resurser med skola, äldreomsorg, poliser, försvar, hjälp till fattiga länder med mera. I ärlighetens namn måste vi därför inse att vi i framtiden endast kan räkna med marginella resurstillskott till sjukvården inom överskådlig tid om vi ser det som viktigt att behålla den solidariska sjukvården (systemet i länder som USA och Schweiz ger mer pengar till sjukvård, men inte inom ett jämlikt system). Då återstår egentligen bara möjligheten att rationalisera och att prioritera.

Inom sjukvården sker en kontinuerlig rationalisering. Tydligast ser man det avseende den moderna farmakologin och

pi och laparoskopi som paradigmskiftet där investeringarna i människor och maskin kostat mycket men där vinsterna i förkortade vårdtider varit långt större. Förbättrad anestesi, intensivvård och större kirurgisk skicklighet har samtidigt gjort att större operationer på skörare människor idag kan göras med fantastiska livskvalitetsförbättringar som följd – men oftast med betydande kostnadsökningar.

Den påtagliga rationalisering som faktiskt gjorts har lett till att vi får ut mer sjukvård av betydligt bättre kvalitet – men i slutändan till en betydligt högre kostnad. En del av kostnadsökningen kan tillskrivas de ökade kraven på säkerhet; numera får inget gå fel. Tveklöst kostar sjukvården sammanlagt mer för varje år i antal kronor, men som andel av de resurser som samhället har ligger siffrorna de senaste åren relativt stabilt. Avseende vissa sjukdomar väntar vi fortfarande på att medicinska genombrott ska förenkla och förbilliga sjukvården – diabetes och övervikt – medan vid andra – demens och trauma – måste vi fortfarande förvänta oss ökande kostnader.

Om man då ställer detta mot exempelvis framstegen inom den medicinska onkologin som vi förväntar oss så inser man att pengarna till dessa knappast

sekvenserar och PET-scannar alla och driver den farmakologiska behandlingen på nya individualiserande sätt som möjligen ger större möjlighet till bot och kanske till bättre palliation – men som är dyrt, dyrt, dyrt. Kanske är detta spjutspetsen mot framtidens onkologiska vård, men samtidigt är det också ett sätt att skaffa prestige och syssla med annat än ”vardagssjukvård”. Till detta ska läggas att mer rutinmässig så kallad precision medicin och tillkommande biologiska läkemedel sannolikt kommer att kosta mer.

Denna kostnadsökning kan tas om hand genom att mer pengar tas från andra medicinska discipliner eller genom rationaliseringar inom den egna verksamheten. Att på ett öppet sätt föra över resurser från annan verksamhet låter sig knappast göras (det är inte bara onkologer som tycker att deras verksamhet är viktig och behöver mer resurser, det tycker de andra också), och att föra över resurser utan en öppen diskussion leder i längden till bekymmersamma etikproblem. Då återstår rationaliseringar inom den egna verksamheten, det vill säga prioriteringar.

För allmänhet – representerade av politiker och massmedia – ter det sig svårt



kirurgin. Medan stora delar av slutenvården för 50 år sedan utgjordes av astmapatienter, kommer denna patientkategori nästan undantagslöst att skötas och skötas bättre av allmänläkare i primärvården idag. Vi behöver inga tuberkulosanstalter längre och de stora hemska mentalvårdsanstalterna har nästan helt omvandlats till öppenvårdsmottagningar. Många andra medicinskt dramatiska förändringar har också skett men med mindre ekonomiska besparingar som följd – och inte sällan med fördyringar.

Inom kirurgin kan man se behandling med transuretral kirurgi, endosko-

kommer att räcka. Bröstcancer-behandlingen har fantastiska resultat, men har samtidigt förvandlat sjukdomen från något som behandlades som en engångsföreteelse till en nästan kronisk sjukdom (om man inkluderar långtidsbehandling och uppföljning över tid). Testikelcancer och Hodgkins sjukdomar har idag fantastiska slutresultat om man ser till cancer enbart, men det finns fertilitets- och psykologiproblem man måste ta hand om, liksom kanske en ökad risk för nya maligna sjukdomar.

Vi ser redan idag också hur mer eller mindre privatpraktiserande läkare gen-

att rationalisera inom cancervården: ”Va, ska inte de cancersjuka ha den allra bästa vården? Hur kan ni tänka er att patienter skall dö i onödan på grund av att vi inte skjuter till de pengar som behövs?” Det är lätt att höra retoriken och de kommer med all sannolikhet att stödjas både av klinikcheferna och de som behandlar patienterna ”på golvet”. De flesta läkare uppfattar det nämligen som mycket lättare – och mer patienttillvänt – att begära mera pengar än att rationalisera sin vård. Det är lättare att lägga till en laboratorieutredning före behandlingen eller i uppföljningsfasen än att ta

bort något, och cancerpatienterna och deras anhöriga vill nästan alltid att man ska göra "allt". I synnerhet för de anhöriga är varje försök att förbilliga cancer-sjukvården nästan som ett personligt angrepp, en skymf, och den läkare som pliktskyldigast säger att det inte finns tillräckligt med resurser ses oftast som en representant för den onda delen av sjukvårdspolitiken.

Till detta ska läggas att onkologer självfallet redan de facto både rationaliserat och prioriterat i alla tider, men sällan öppet och genomtänkt. Snarare har prioriteringarna skett genom att det saknats resurser och att man då inte kan ge "allt till alla". Det är i detta skede som man önskar att man även inom onkologin – som generellt förefaller (det finns inget exakt mätverktyg för det) ligger efter andra specialiteter i detta avseende – vågar diskutera rationaliseringar och prioriteringar. Ingen onkolog kommer någonsin att bli uppskattad för att ta upp denna diskussion, men kanske det behövs extra modiga och självständiga läkare för att våga ta upp frågorna.

Med prioritering menas att man sätter något före något annat; i dessa sammanhang att man sätter en patient eller en sjukdomsgrupp före en annan patient

den korta tid patienterna har kvar i en palliativ situation?

Om man i stället försöker att rationalisera innebär det att man försöker hitta delar av patientbehandlingen som inte är tillräckligt kostnadseffektiva. Man måste förutsätta att allt det vi gör inom sjukvården har någon form av värde, för annars skulle vi ha tagit bort det av etisk skäl för länge sedan. Det som menas är således om vi måste klara att värdera graden av nytta, och att värdera den på ett generellt plan (att försöka värdera den på det individuella planet är alltför svårt och ger ingen ny kunskap som kan användas i vårdplaneringssammanhang) i förhållande till vad resurserna skulle kunna användas till istället. Kan man ta bort någon isotop- eller röntgenundersökning, kan man minska antalet minuter per patientbesök, måste alla patienter ha den senaste, dyraste medicinen, etc? Vilken grad av säkerhet måste vi ha för att göra våra bedömningar: 99 procent, 99,5 procent eller kanske 99,95 procent säkerhet?

Om man ser sjukvården i ett större perspektiv måste man inse att politikerna varken kan eller bör prioritera på patientnivå, och knappast ens på sjukdomsnivå. Deras grundläggande kunskap är alltför liten och inflytandet av

olika verksamhetsområden och se till att verksamheterna arbetar mot de uppsatta målen med de resurser som finns.

På divisions- och klinisknivå ska sedan cheferna förklara uppåt och nedåt vad man kan åstadkomma med de resurser som man blivit tilldelade, och redovisa vad man inte kan göra om man inte får mer pengar sedan man fördelat resurserna så gott man kan.

Då återstår de som arbetar närmast patienterna på golvet – onkologerna i detta fall. De måste inse att det är oetiskt att slösa med resurser och att försöka bedriva en så kostnadseffektiv sjukvård som möjligt. De måste också inse att resurserna är ändliga och att man inte kan ge allt till alla. Det innebär att även onkologer måste rationalisera och prioritera – trots att det handlar om ytterst utsatta cancersjuka människor.

Klarar man det?

*Åke André-Sandberg*

Kirurg som behandlat cancerpatienter hela sin yrkesverksamma tid



eller sjukdomsgrupp. Den delen är måttligt svår, men i slutändan blir det som i Vasaloppet – de som inte hinner passera en viss gräns tas av banan. Tråkigt, obehagligt och svårt, men genomtänkt. Klarar onkologer det? I Norge finns det sedan länge ett beslut på att en ny medicin eller metod som på ett väsentligt sätt är kostnadsdrivande ska ge minst fyra månaders förlängd genomsnittlig överlevnad för att få användas. Skulle vi i Sverige kunna tänka oss liknande tankegångar? Kan vi stå emot nya mediciner som kanske inte ens förlänger överlevnaden men förbättrar livskvaliteten under

anekdotiska sjukhistorier blir alltför stort. Politikernas roll är att prioritera skatter mot utgifter och resurser mellan olika samhällssektorer samt att sätta mål för vad man vill att sjukvården ska uppnå.

Chefadministratörerna ska bryta ner mål och resurser för att hitta en balans mel-