

Viktigt med enig läkarkår i förändrat vårdklimat

Ju mer nya vindar det blåser i vården, desto viktigare är det för läkarkåren att manifestera gemensamma värderingar, anser emeritusprofessor Amos Pasternack och talar varmt för fortsatt professionell autonomi och sund läkarauktoritet. Men han befarar att det inte går att hoppas på några enkla lösningar.

Ta bara debatten om vad en person som går till läkare ska kallas. När Pasternack i slutet av februari i en insändare i Helsingin Sanomat hävdade att distinktionen mellan begreppen patient och kund har fördunklats i diskussionerna kring den planerade valfriheten i vårdreformen lät reaktionerna inte vänta på sig.

– Det kom över hundra kommentarer som publicerades på tidningens nätsidor och ungefär hälften gav uttryck för förakt och misstroende mot läkarkåren. Det var egentligen ganska obehagligt för en del kommentarer var mer eller mindre riktade mot mig personligen och gick ut på att en emeritusprofessor som jag inte ska uttala sig.

Ändå var tonen i Pasternacks insändare varken hätsk eller särskilt provokativ. Hans poäng var att om patienten kallas kund riskerar läkaren bli försäljare. Men, skrev han, kundförhållanden har drag, som varken främjar patientintressen eller samarbete med vårdande läkare, eftersom gängse uppfattning ju är att kunden alltid har rätt och kan förvänta sig att få allt han önskar.

Trovärdighetsfråga

Att Amos Pasternack aktivt engagerar sig i diskussioner av det här slaget beror på att han oroar sig för att läkarkåren inte längre står så enad som förr. Det är illa för hur läkarprofessionen uppfattas och kan få vittomfattande följder, befarar han. De här tankegångarna har han därför också utvecklat tillsammans med Raimo Puustinen, Jaana Hallama och en rad övriga skribenter i boken *Lääkäriprofessio, professionaalisuus lääkärin työssä*, som utgavs av Duodecim i fjol.

– När läkaryrket utsätts för stora förändringar är det viktigt att läkarkåren står så enad som möjligt i fråga om hälsoproblem och hälsorelaterade frågor i samhället.

Ytterst, menar han, gäller det att slå vakt om läkarens ethos – och därmed om yrkeskårens trovärdighet och etik. Vilket i sin tur automatiskt påverkar allt från frågor om allmänhetens tilltro till läkarkåren, läkarnas rätt att fatta självständiga beslut och deras möjligheter att ge bästa möjliga vård inom givna ekonomiska ramar.

Och även om Pasternack nu står upp för att slå vakt om professionens grundvalar konstaterar han att den allmänna uppfattningen om läkarnas kompetens och motiv inte har genomgått någon drastisk förändring – åtminstone inte jämfört med hur auktoriteter över huvud taget börjat ifrågasättas i vår tid.

Däremot ser han risker som allt mer hotar förändra respekten för professionen: en ständig ström av ny teknologi och nya behandlingsmetoder, ekonomiska ramar som begränsar möjligheterna att använda ny kunskap optimalt och ett förändrat informations- och diskussionsklimat där gamla sanningar ifrågasätts och ofta undergrävs med argumentering som totalt saknar vetenskapliga belägg.

– Därtill kommer att den offentliga hälsovården har mängder av förpliktelser, men kännetecknas av en byråkrati som gör den ineffektiv. Människor har helt enkelt blivit besvikna.

Splittring

En förklaring till att läkarnas auktoritet allt oftare ifrågasätts kan bottna i läkekostens inbyggda, vetenskapliga villkor.

– När en läkare ställer en diagnos eller behandlar en patient finns det alltid en statistisk osäkerhet att ta hänsyn till, en vetenskaplig bakgrund som måste beaktas. Därför kan en läkare aldrig säga att ta den här medicinen så blir ni friska. Det kan däremot en kvacksalvare göra, och människor tycks ha en tendens att lyssna på sådana.

Det märks till exempel i form av ett växande vaccinationsmotstånd.

– Personer som inte vill låta vaccinera sina barn väljer hellre att tro på icke-sakkunniga med enkla, lättfattliga

ståndpunkter än på experter med dokumenterad kunskap.

Och eftersom det också bland läkare kan finnas en tendens att svara mot efterfrågan på tjänster som inte till alla delar bygger på vetenskapliga fakta ökar risken för avvikelser från god medicinsk praxis.

Det finns ju redan yrkesutövare som använder metoder som inte håller för vetenskaplig granskning, konstaterar han och nämner bland annat homeopati, cancerbehandlingar som enbart bygger på vitaminer och spårämnen och till och med infusioner mot kroniskt trötthetsyndrom. Dessutom förekommer det att läkare utger sig för att vara specialister på områden som de över huvud taget inte har kompetens för, vilket man till exempel har sett i fettdiskussionen.

Men han ser också risker av ett helt annat slag som leder till att läkarkåren splittras, och nämner den växande användningen av inhyrda läkare, framför allt på mindre orter i glesbygd.

– Hyrfirmornas läkare lyfter inte bara högre lön än ordinarie läkare, som ändå axlar det långsiktiga ansvaret för patienterna. Och när de inte behöver ansvara för kontinuiteten är det möjligt att de fattar sådana kortsiktiga vårdbeslut som hälsocentralens egna läkare inte skulle överväga.

Amos Pasternack har ibland talat om att sådant leder till ett läkarnas ”upstairs” och ”downstairs” vilket han anser omoraliskt och illa för läkargemenskapen.

Nya villkor

Det är något av en paradox att tilltron till läkarprofessionen var större förr, när läkare var mindre specialiserade, hade färre verksamma läkemedel och behandlingar att erbjuda och mekanis-

merna bakom olika sjukdomstillstånd var sämre utforskade. De flesta stora medicinska framsteg har ju gjorts först efter andra världskriget, för innan det fanns antibiotika, kortison och moderna anestesimetoder som möjliggjorde större kirurgiska ingrepp var möjligheterna till bot begränsade. Då var en läkares auktoritet till stor del en personlighetsfråga, konstaterar Pasternack, men påminner samtidigt om den terapeutiska kraften hos läkare som patienterna respekterar.

– Den gamla kommunalläkarrollen bäddade alltså för uppfattningen att läkare är allvetande, och de bidrog kanske också själva till föreställningen att de var halvgudar som alltid hade rätt.

Att de faktiska möjligheterna att

bota sjukdom är större i dag har ändå inte förenklats utan komplicerat bilden.

– Bland annat för att vi har haft en snabb medicinsk utveckling med ny avancerad teknologi och dyra behandlingar.

Det bidrar i sin tur till en kostnadskris i vården och en situation där möjligheten att på bred front dra nytta av framstegen i något skede brister.

Amos Pasternack nämner ett exempel som tydligt illustrerar dilemmat: det finländska beslutet att inte ge läkemedlet nusinersen till unga som lider av svåra former av den ärftliga sjukdomen spinal muskelatrofi.

Det finländska avgörandet fattades av statligt tillsatta Tjänsteutbudsrådet vid Social- och hälsovårdsministeriet, som beslutar om omfattningen av tjänsteut-



Vid stora förändringar är det viktigt att läkarkåren står så enad som möjligt, poängterar emeritusprofessor Amos Pasternack. Ytterst blir det en fråga om yrkeskårens trovärdighet och etik.

budget i den offentliga hälso- och sjukvården. Där kom man till att nusinensen är för dyrt i relation till den uppskattade nyttan. Behandlingen kostar nämligen cirka 500 000 euro under det första året och den fortsatta årliga läkemedelskostnaden uppskattas till cirka 250 000.

– Det är ofrånkomligt att vi kommer att se flera liknande beslut, trots att det alltid är obehagligt att sätta sådana gränser, säger Pasternack.

Problematiken kompliceras av att alla kända metoder för att beräkna nyttan av någon viss behandling tills vidare är bristfälliga, anser han. Resultaten hittills övertygar inte.

Bland olika försök som har gjorts nämner Pasternack beräkningar med QALY-metoden, som är en förkortning av Quality-Adjusted Life Years, vilket på svenska blir kvalitetsjusterade levnadsår. Sådana beräkningar används för att väga effekten av olika medicinska insatser – och inte bara genom att ta hänsyn till antalet förväntade levnadsår, som en viss behandling leder till, utan också genom att beakta livskvaliteten under de här åren. Livskvaliteten är svår att uppskatta och metoden gynnar yngre personer.

– Men om beräkningarna riskerar basera sig på bristfällig uppskattning av behandlingarnas faktiska effekter är man inne på fel spår, och jag är rädd att man inte kommer att hitta några goda lösningar, för alla nya behandlingsmetoder är visserligen lite effektivare än de tidigare, men också dyrare och därför är ekvationerna väldigt svåra att lösa.

Det är alltså inte omöjligt att råka i en situation där en kommitté beslutar att ett visst läkemedel eller en viss behandling inte kan användas i offentlig vård och beslutet senare visar sig vara felaktigt.

Prioritering svårt

Den här problematiken syns också i äldre människors tilltagande rädsla för att småningom inte längre kvalificera sig för vård. Sådana farhågor tillbakavisar Pasternack ändå bestämt.

– Faktum är att många nya behandlingsmetoder, till exempel vid hjärtinfarkt, gagnar äldre personer till och med mer än yngre, ifall målet är att ge patienten två eller tre goda år till.

Pasternack konstaterar att den finska läkarföreningen Duodecim har initierat åtminstone två konsensusmöten om prioritering, där avsikten varit att hitta gemensamma kriterier för hur de till buds stående vårdresurserna ska användas. Att resultaten mer eller mindre uteblivit visar hur svårt det i praktiken är att lösa problem av det här slaget.

– Hela tiden prioriteras det ju i kulisserna, men att göra upp en förteckning över olika sjukdomstillstånd som samhället inte ska godkänna behandling för är något helt annat, påpekar Pasternack.

Å andra sidan anser han det orättvist att överlåta åt läkarkåren att ensam fatta de svåra besluten. Läkare kan vara sakkunniga, men politiker som beviljar medel för vård bör axla sitt ansvar – något som Amos Pasternack själv har personlig erfarenhet av att de undviker så långt det går.

Väldigt svår är också frågan om eutanasi.

– Det är klart att det finns situationer där palliativ eller lindrande vård inte är tillräckligt, säger Pasternack, men den centrala frågan är: Kan det vara en läkares plikt att mörda sin patient? Jag hävdar att det är oacceptabelt. I så fall måste vi i grunden ompröva vilken

läkarens uppgift är. Själv anser jag det inte förenligt med läkarrollen att först förbinda sig att respektera livet och sedan vara färdig att ta livet av sin patient.

Han förnekar inte att det kan förekomma situationer då det kanske är barmhärtigt att låta en svårt plågad patient slippa sitt lidande. Samtidigt påpekar han att den lindrande vården har utvecklats kraftigt, så i praktiken är det ytterst få som skulle behöva en sådan sista utväg ur lidandet. Det har också bland andra Juha Hänninen på Terhoheemmet i Helsingfors förklarat och han är ändå en av de finländare som har den största erfarenheten av att vårda patienter i livets slutskede.

Själv motsätter sig Amos Pasternack eutanasi eftersom han är rädd att det kan finnas läkare som är beredda att göra business på det.

– Det är en fruktansvärd aspekt, men åtminstone i Schweiz finns det ju faktiskt en klinik där man får eutanasi mot betalning.

Viktig autonomi

Här kommer vi in på en diskussion om vikten av bevarad läkarautonomi.

– Det är nödvändigt att läkare har en viss autonomi, säger Pasternack, men dess motpol är patientens autonomi. Båda kan tillgodoses om vi respekterar att läkaren har autonomi när det gäller att välja terapi och rekommendera en viss behandling för sin patient och här åter knyter han till vad begreppen patient, klient och kund implicerar.

– Utgår man från patientbegreppet har läkaren både befogenhet och skyldighet att rekommendera den behandling som han anser bäst, men om patienten upp-

fattas som kund eller klient finns det risk för ett visst mått av köpsläende, där patientens rätt att avgöra vilket vårdval man ska gå in för är ungefär lika stor som läkarens.

Enligt Pasternack kan förhållandet mellan läkare och patient aldrig bli jämställt i den här bemärkelsen. Eftersom patienter alltid uppsöker läkare för att få hjälp med upplevda problem utgör läkarens autonomi basen för relationen.

Men Pasternack varnar för att synsättet kan förändras också här.

– Om vårdreformen manifesteras på planerat sätt är läkarens autonomi hotad, för det är alldeles klart, att de privata vårdföretagen kommer att utnyttja marknadskrafterna.

Det är också en av orsakerna till att han helst skulle se att vårdreformen skrotades i sin nuvarande form. Han resonerar nämligen som så, att en person som fungerar som läkare i ett privat företag på sätt och vis alltid måste utgå från sin arbetsgivares moral och strävanden och därmed är det bäddat för konflikt.

– Hur går det till exempel om en läkare i ett privat vårdföretag får in en patient med en kundsedel som inte ser ut att täcka kostnaderna? Anser läkaren då att det inte är möjligt att stå till tjänst, alternativt att inte utnyttja alla till buds stående möjligheter – ifall det alltså inte finns utsikter att få mera betalt. Utnyttjas då inte de befintliga möjligheterna fullt ut? Här finns uppenbara risker.

När Pasternack har diskuterat den här typen av scenarier med kolleger har han visserligen ofta fått höra att hans farhågor är obefogade. Motargumentet har varit att läkare har så hög moral och etik.

– Men min uppfattning är att läkare är alldeles vanliga människor när det blir fråga om ekonomi. Därför kan följden bli att patienter av det här slaget helt enkelt remitteras till den specialiserade vården. Och sedan börjar man undra varför systemet blir så dyrt ...

Han är de facto tveksam till marknadskrafter i vården över huvud taget.

– När jag fungerade som överläkare på inremedicinska kliniken vid Tammerfors universitetssjukhus och vi måste prissätta våra tjänster var vi hela tiden illa ute. Kommunerna betalade ju för den vård kliniken gav, så därför skulle allt vi gjorde prissättas. Men vi tog emot många äldre personer med flera samtidiga sjukdomar, och sådana patienter är det omöjligt att sätta en prislapp på – i motsats till situationen till exempel på en kirurgisk klinik där prissättningen blir mycket mer konkret. Det ledde till att vi alltid överskred budgeten och då hette det att det var svårt att sälja våra tjänster till kommunerna.

Etik intresserade tidigt

För Amos Pasternack var det redan i unga år helt klart att han skulle bli läkare. Fadern var tandläkare och Pasternack hade även en morbror som var läkare. I dag säger han att om han inte hade kommit in vid medicinska fakulteten, så hade han skaffat sig en naturvetenskaplig utbildning.

– Men jag har varit nöjd med yrkesvalet. Det har varit både spännande och intressant att följa den medicinska utvecklingen.

När han doktorerade var hans avsikt att bli pediatriker, men av en tillfällig-

het fick han ett vikariat på den nygrundade dialysdelningen på Maria sjukhus i Helsingfors 1961 och blev kvar som njurspecialist fram till år 1972.

– Där föddes mitt intresse för etik. Vi kunde rädda patienter som tidigare hade avlidit, men eftersom väldigt få kunde få den nya behandlingen var det viktigt att ha en metod för att välja vem som skulle dra nytta av den. Då uppstod det etiska problem, och de har intresserat mig alltsedan dess.

Text: Mardy Lindqvist

Foto: Cata Portin

Vem och vad

Född 21.6.1936 i Helsingfors

Familj: fyra barn och åtta barnbarn

Specialist i njursjukdomar vid Hucs 1967–72

Biträdande professor i inre medicin vid Helsingfors universitet 1973–76

Överläkare på Tammerfors universitetssjukhus och professor i inre medicin, Tammerfors universitet, 1976–2001

Tilldelades Pohjolapriset år 1998, utsågs till Årets professor 1999.

Aktiv i en lång rad yrkesföreningar, bland annat ordförande i Duodecim 2002–2005

Specialintressen: musik och litteratur – men är veterligen inte släkt med Nobelpristagaren Boris Pasternak, känd bland annat för romanen doktor Zivago