Etiska utmaningar i ”nätläkarnas” tidevarv

RAPPORT FRÅN ETT SEMINARIUM

Peter Sylwan

REGION SKÅNES ETISKA RÅD

REGION SKÅNES ETISKA RÅD

Etiska utmaningar i ”nätläkarnas” tidevarv

RAPPORT FRÅN ETT SEMINARIUM

Peter Sylwan

REGION SKÅNES ETISKA RÅD

Region Skånes etiska råd
Region Skåne
JA Hedlunds väg
291 89 Kristianstad

ISBN 978-91-639-5352-1

Grafisk form Johan Laserna

Förord

Internet och digitalisering får en allt större roll i hälso- och sjukvården. Men vad styr egentligen denna utveckling? Klart är att mycket står på spel när svensk sjukvård ska ta steget in framtiden, då det ingalunda är uppenbart att utvecklingen gynnar rätt personer. I Sverige ska nämligen patienterna med de största behoven prioriteras.

Det är mot denna bakgrund som Region Skånes etikråd 27 september 2018 arrangerade ett seminarium på temat ”efterfrågan och behov i nätläkarnas tidevarv”. Att titeln kom att innehålla ordet ”nätläkare” är måhända tidstypiskt, men kommer säkerligen rätt snart att kännas passé. Frågorna som behandlades under seminariet är dock betydligt mer tidlösa i varje offentligfinansierat sjukvårdssystem, så som det svenska, som sätter patientens behov i fokus.

För att bevaka och sammanfatta seminariet anlitade Etiska rådet vetenskapsjournalisten Peter Sylwan. I denna skrift återfinns hans referat och reflektioner.

Mats Johansson
Ordförande, Region Skånes etiska råd

Etiska utmaningar i ”nätläkarnas” tidevarv

RAPPORT FRÅN ETT SEMINARIUM

Peter Sylwan

.

VAD GÖR LIVET VÄRT ATT LEVA?

Det är Niklas Juth, filosof och docent i medicinsk etik vid Karolinska institutet, som frågar. Han gör det när han benar ut vad som menas med vårdbehov. Det går nämligen inte att säga något klokt om vem som har störst *behov* av *vilken* vård utan att man – mer eller mindre medvetet – tar ställning i denna moralfilosofins mest grundläggande fråga.

Och det är ”nätläkarnas” fel – eller förtjänst – att han frågar. I Sverige har vi fritt vårdval. Vi kan söka vård var vi vill i landet utan att det kostar mer än patientavgiften i det landsting där man söker. Har man tur och är sörmlänning – eller på besök i länet – betalar man inget alls för till exempel ett besök på en vårdcentral. Där är det gratis. Den resterande och verkliga kostnaden för vården betalas via landstingsskatten. Söker jag vård utanför mitt eget landsting så går fakturan på restbeloppet till hemlandstinget.

Det här låter ju både rimligt rätt och någorlunda rättvist. Inte bara därför att vi alla då och då kan behöva vård på annan plats än där vi bor och jobbar – men också därför att vi kan söka och få vården där den finns. Av vad skäl det än är att den inte finns – eller vi tycker att vi inte hittar den – inom det egna landstinget.

Men hade vi nu alla utan besvär kunnat ta oss till och från Sörmland på nolltid – och dessutom fått träffa en läkare på direkten – hade väl de flesta av oss hellre gjort det? Särskilt om alternativet är att hamna sist i telefonkön på den egna vårdcentralen i det egna länet för att till slut ”bara” få tala med en grindvakt som dessutom ifrågasätter om jag verkligen behöver träffa doktorn?

Men så där behändigt kan det ju inte gå till i den materiella världen – men i den virtuella och digitala går det alldeles utmärkt. Det tillhör ju digitaliseringens innersta själ och hjärta att kunna befria allt som kan översättas till ettor och nollor från vardagens begränsningar och oberoende av tid och rum koppla ihop till exempel efterfrågan på vård med tillgången till vårdgivare. I den bästa av världar med obegränsad tillgång till sjukvårdspersonal, utrustning och pengar hade det här förstås inte varit något problem – tvärtom. Varje liten outnyttjad resurs av tid, kunskap och utrustning hade fått mycket lättare att hitta till varje litet otillfredsställt önskemål om undersökningar, vård och läkemedel.

Men nu lever vi inte i den bästa av världar. När den gränslösa virtuella världen kolliderar med en som har 21 landstingsgränser, begränsat med skattepengar och en viss mängd utrustning och personal är det uppgjort för konflikt och dragkamp om vem som skall betala vilka skattepengar för vad och till vem. När besöket hos nät-

doktorn bara är ett knapptryck bort, marknadsföringen massiv, kostnaden låg (är nätläkaren i Sörmland kostar det inget), tiden valfri och grindvakten borta är också alla spärrar släppta och ingen vet hur stor efterfrågan på vård kan bli.

VAD MENAS MED BEHOV?

Men efterfrågan är en sak – behoven något annat! Och det är vad som är Niklas Juths ärende. Att dra upp en klar skiljelinje mellan efterfrågan på sjukvårdstjänster och våra behov av sjukvård.

— Skall vi ha en behovsbaserad eller en efterfrågestyrd vård frågar han retoriskt eftersom alla är överens om att det är behovsprincipen som gäller. Men vad menar man med ett behov, frågar han och ställer upp ekvationen att X behöver Y för att nå till Z, där Z står för full hälsa.

Eftersom X rimligen är den oberoende variabeln människa går det inte att säga något användbart om Y förrän man bestämt sig för vad som menas med Z. Och som den filosof han är och uppdraget är att få oss andra att tänka utanför våra invanda mönster så visar han en bild som säger att också behoven har sina sidor.

— De kan vara okloka (”Jag behöver en stadig grogg för att lugna mina nerver”)

— De kan vara moraliskt neutrala (”Pelle behöver lim för att kunna bygga färdigt sin modell”)

— De kan vara omoraliska (”Nazityskland behövde en effektiv administration för att kunna verkställa förintelsen”)

Att någon har ett behov av något innebär alltså inte med automatik att denna någon kan ha moraliskt försvarbara anspråk på att få behovet tillfredsställt. För att kunna prioritera vårdinsatser efter patienternas behov måste man alltså fråga sig *vilka slags* behov som *bör* tillfredsställas och *varför*. Man tvingas helt enkelt ställa normativa frågor. I värsta fall frågan om det finns en gräns för hur mycket det får kosta att rädda en människas liv – och till vilket liv.

— Det finns en hel akademisk bransch som försöker definiera vad som skall ingå i Z – alltså ett liv i full hälsa säger han och lägger på ett frågeformulär där vi själva kan skatta vår egen hälsonivå i fem kategorier om rörlighet, hjälpbehov, aktivitetsförmåga, smärta/obehag, ångest/depression.

Och om full hälsa handlar om att få fem kryss i översta rutan på det formuläret är det inte många av oss som kvalar in i den kategorin. Och för att komplicera saken ytterligare; vi blir ännu färre fullt friska om vi i begreppet hälsa också räknar in förmågan till sociala relationer eller förmåga till konstnärlig och intellektuell verksamhet. Och vilka funktionsförmågor – eller brist på dem – skall över huvud taget räkna in i begreppet hälsa? Var på Z-skalan hamnar den rullstolsbundne som är nöjd med livet? Är välbefinnande ett bättre mått på hälsa frågar Niklas Juth och tar hem poängen att det faktiskt inte går att säga något om vilket *behov* av vård någon har utan att man också tvingas fundera över vad som gör livet värt att leva – alltså vad som skall räknas in i Z av hälsa och/eller välbefinnande eller inte. Men när vi väl bestämt oss för den saken då går det ju att säga något om Y. Och då

har vi ju förstås inget behov ett Y som inte för oss närmare Z.

— Jag har inget behov av insulin om jag inte har diabetes säger han och illustrerar nolläget med ett exempel som han själv tycker är en plattityd men gör det väldigt tydligt att vårdpreferens inte är det samma som vårdbehov och att man kan behöva vård utan att vilja ha den och vilja ha vård utan att behöva den.

— Det finns ingen som har försvarat att hälsa eller livskvalitet fullt ut bara skall förstås i termer av vad jag vill ha här och nu, tillägger han.

Men vill jag ha vård och behovsprincipen gäller så kan man efter den här genomgången ändå säga en sak säkert – att vårdbehovets anspråk på att bli tillfredsställt är en funktion av tillståndets allvar och åtgärdens effekter. Alltså – ju länge jag är från den fulla hälsans Z och ju effektivare mitt vårdbehov Y kan tillfredsställas desto mer självklart är det att behovet skall tillfredsställas. Och i den ekvationen väger avståndet från Z tyngre än effekten av behandlingen säger Niklas Juth.

Men med detta har Niklas Juth bara lärt sina lyssnare att sätt att tänka och egentligen ingenting om hur de bör handla. Det går inte utan att ta ställning till de normativa frågorna. Är behoven, moraliska, omoraliska eller moralist neutrala? Vad menar vi med full hälsa? Gäller den både kropp och själ och hur stor del av möjligheten att göra allt vi vill? Och så kanske den svåraste av alla; vad menar vi egentligen med alla människors lika värde?

EN SPARK I BAKEN

— Nätläkarna har gett oss en spark i baken, säger Stefan Bremberg när han svarar på sin egen fråga: ”Att driva digitaliseringen eller stå vid sidan och se på?”

Nätläkarna kanske då som framför allt ett symtom. I första hand på den dåliga tillgängligheten i primärvården. Under dagen är det fler än Stefan Bremberg som påpekar den saken. Intressant är att nätläkarna är ett tämligen svenskt fenomen. Inga av nätläkarbolagen har försökt etablera sig i t.ex. Danmark. Är dansk primärvård så mycket bättre och mer tillgänglig än den svenska? Trots den snabba etableringen och utvecklingen i Sverige är det dock inget av nätläkarföretagen som går ihop ekonomiskt, säger Stefan Bremberg – trots att deras aktier är oerhört högt värderade. Om hur det skall tolkas säger Stefan Bremberg inget. Den fria men oroande tolkningen är möjligen att investerarna räknar med samma – eller i värsta fall värre brister i primärvårdens tillgänglighet också under överskådlig tid? Men kanske blir de besvikna om sjukvården lyckas hantera den mycket större utmaningen som Stefan Bremberg menar att nätläkarna också är ett symtom på – digitaliseringen i vården och sjukvårdens oförmåga att hänga med i utvecklingen.

Vi har genomgående ålderdomliga IT-system inom vården säger han. 21 olika landsting driver dessutom var och en sin egen IT-utveckling. Styrningen är bristfällig och det saknas nationell samordning av IT-systemen. Vi måste få journalsystem som underlättar och inte motarbetar de som jobbar i vården och vårdguiden 1177 hade kunnat vara – och kan bli – mycket mer utvecklad än vad den är i dag.

Stefan Bremberg är dessutom övertygad om att digitaliseringen kan hjälpa till att få patienten betydligt mer delaktig i vården än idag. Snabba provsvar via säker e-post eller sms är inget han nämner men är väl ett uppenbart önskemål och rätt märkligt att det inte redan är på plats. Om bankerna kan kommunicera säkert med sina kunder så borde väl sjukvården utan besvär kunna kommunicera säkert via e-post med sina patienter? För att nå sin egen sida på 1177 måste man ju logga in med Bank ID. Men hur mycket hittar man där och hur självklart är det att vården kommunicerar med sina patienter den vägen?

Han nämner hur patientens egen berättelse och egna mätdata mycket väl och mycket bättre skulle kunna integreras i vårdarbetet. Digitala vågar, febertermometrar och puls/blodtrycksmätare i hemmet (kanske kopplade till social media) är bara primitiva föregångare till mycket som redan är möjligt att mäta i hemmet. Och vill man själv använda fantasin för vad som blir möjligt går det nog rätt bra att använda den formel som går att härleda från digitaliseringens och teknikutvecklingens allmänna historia – särskilt om man kopplar den också till utvecklingen inom biomedicinsk analys och bioteknik; allt mer, med allt mindre, allt snabbare med allt större precision, till allt lägre kostnader, på allt längre avstånd och allt mindre invasivt.

Under dagens avslutande panelsamtal talar Dolores Öhman, regionpolitiker (MP) och i regeringens beredning för e-hälsa, om den uppkopplade patienten on-line. Onödiga återbesök, egenkontroll, egenvård, kontinuerliga mätdata från hemmet, internet of things.

En mycket stor del av vården och kostnaden inom vården handlar om behov som sträcker sig över lång tid och

kommer – av demografiska skäl – som breven förr kom med posten. Därmed är de förutsägbara, beräkningsbara och med ny teknik också utförbara mer oberoende av besökstider och besöksplatser. Därmed ser hon som många andra digitaliseringen som vårdens stora möjligheter att spara pengar och samtidigt förbättra tillgänglighet, delaktighet och vårdkvalitet. Hon nämner också möjligheten till ”Early Warning Systems” och förebyggande åtgärder med hjälp av big-data kring beteende och konsumtionsmönster bearbetade med AI. Med det följer förstås också en lång rad frågor om vem som skall ha tillgång till vilka data om vem, var och när. Men problem är till för att lösas – parallellt (fast det blir oftast i efterhand) utvecklas ju också säkerhets- och krypteringsmöjligheterna i den digitala världen.

Stefan Bremberg berättar att hans företag var tidigt ute med att förstå vilka brister nätläkarna är symtom på och startade Capio Go – läkarbesök on line. Det som skiljer Capio Go från andra nätläkare är kopplingen till deras egna fysiska vårdcentraler. Digitalt när det går och fysiska besök när det är nödvändigt. Deras unika möjligheter är just kombinationen och att de själva kan slussa patienten rätt redan vid första kontakten; läkaren och patient samtidigt på plats i både tid och rumtid och rum, på olika tid och olika plats, på samma tid och olika plats. Deras mål är att kunna ta hjälp av digitala lösningar i hela kontakten mellan patienten och vårdcentralen. Syftet är att kunna förenkla och effektivisera det vardagliga flödet av patienter och vårdåtgärder och att kunna få ut mer vård för pengarna.

Men för att klara det fullt ut måste vi få ett journalsystem som inte sitter inlåst bakom ålderdomliga dåligt

fungerande och icke kompatibla IT-system i 21 olika landsting, menar han. Den Nationella Patientöversikten (NPÖ) och vårdguiden är dysfunktionella tjänster står det bistert på av hans pp-bilder.

— Digitaliseringen är bara i sin linda och nätläkarna är bara ”the early adopters” som ”sparkat oss i häcken” säger han. De har varit nödvändiga för att vi skall komma igång med förändringsarbetet. Vi kan inte backa bandet och få medborgarna att acceptera den ”ransonering” av tillgängligheten som vi nu praktiserar och klara av att hantera både upplevda och faktiska behov. Det kräver att vården förnyar, förenklar och förädlar, säger han. Det är vad digitaliseringen skall hjälpa oss att klara så att de sjuka får sina behov tillfredsställda och den orolige friske får sin oro stillad.

— Och det är vi som jobbar i hälso- och sjukvården som måste leda den utvecklingen, är hans slutkläm.

DEN BALANSERADE SYNEN

En av dem som skall göra det jobbet är Stefan Lindgren, tidigare ordförande för Svenska Läkaresällskapet, professor och överläkare vid Lunds Universitet och Skånes Universitetssjukhus. När han talar om ”Hur balansera efterfrågan mot behov” illustrerar han med berättelsen om magsår och hepatit C. Bägge två allvarliga sjukdomar som förr – om de kunde botas alls – var en fråga om långa sjukhusvistelser under specialistvård med ibland svåra biverkningar. Tack vare kunskap som vuxit fram och forskning som gjorts *inom* sjukvården – i magsårsfallet till och med av och med försök på envisa läkare med oorto-

doxa och kreativa idéer – är bägge numera enkelt botbara med säkert resultat med hjälp av mediciner som patienten själv kan hantera.

— Hela sjukvården måste bli en lärande organisation säger han. Den här sortens kunskap och utveckling går inte att organisera fram.

Industrin och akademin har inte egna inre drivkrafter och motiv för att ta itu med att lösa alla de problem och den ohälsa människor har och som bara de som jobbar i vården kommer i kontakt med – och dessutom kan tänkas ha idéer om hur de skall lösas. Framtidens sjukvård – inklusive hur den skall bli bättre med digitaliseringens hjälp – måste utvecklas i samverkan med de som gör jobbet är hans poäng och berättar om ”Kunskapslösningen – 17 förslag till för en bättre Hälso- och Sjukvård” som Läkaresällskapet utvecklat i samarbete med Vetenskapsakademien.

— Efterfrågan och förväntningarna på vården är i princip oändliga säger han. Ju mer vi kan desto större blir både förväntningar och efterfrågan.

Till det kommer den demografiska utmaningen. Allt fler blir allt äldre. Men resurserna är alltid ändliga. Inget samhälle klarar av att lägga mer än ca 11% av BNP på sjukvården. Vi måste hitta nya och kunskapsbaserade arbetssätt och sätt att organisera vården. Och det är de som jobbar i vården som bäst kan se hur digitaliseringen kan användas för att göra vården effektivare och bättre. De är också de som skall göra de prioriteringar som är nödvändiga när resurserna är begränsade.

Vi vet att det är de äldre sköra och långvarigt multisjuka som har de största vårdbehoven säger han. I en utbuds- och efterfrågestyrd hälso- och sjukvård riskerar vi att de som är mindre sjuka använder en stor del av resurserna, säger han.

Och så pekar han på att det också finns en lång rad förhållande i samhället som skapar ohälsoproblem – hur människor bor, matvanor, relationer, klimat, miljö – som sjukvården förstås så gott man kan och utifrån de kärnvärden som gäller i vården skall hjälpa till med att motverka. Men det är inte vården ensam som skapar hälsa i ett samhälle och vården måste få hjälp med att sortera bort och inte behöva lägga resurser på frågor som vården inte kan hantera. Det här kräver både professionell och vetenskaplig förmåga och förmåga att samverka med andra delar av samhället – socialtjänst, skola, polis, näringsliv. Sjukvården måste själv ha kunskaper om det komplexa samspel av många faktorer som påverkar vår hälsa och ge sitt bidrag till bästa möjliga samhällsutveckling.

Också det kräver rimligen att vården blir en lärande kunskapsorganisation som arbetar efter prioriteringsplattformens tre etiska principer som Riksdagen beslöt 1997:

- Människovärdesprincipen – alla människors lika värde.
- Behovs- och solidaritetsprincipen – resurserna skall satsas där behoven är som störst.
- Kostnadseffektivitetsprincipen – rimlig relation mellan kostnader och effekt mätt i hälso- och livskvalitet.

— De här tre principerna är rangordnade, säger Stefan Lindgren. Vi får ofta anledning att påpeka för politiker och beslutsfattare att det är de vi skall arbeta efter. Alla människors lika värde står först. Det är inte etiskt försvarligt att låta etnicitet, kön, ålder, livsstil eller pengar påverka vem som får vård före vem. Men följer man debatten om hur hälso- och sjukvården borde fungera är det inte uppenbart att de två första principerna alltid följs säger han.

Dock utan att ge exempel. Möjligen tänker han på ämnet för dagen om "... etiska utmaningar i nätläkarnas tid". Kanske kopplat också till vad Niklas Juth påminde om att ingen har behov av vård som inte har någon effekt. Vem kommer först till vård som inte behövs när doktorn bara är ett knapptryck bort och ingen gör någon prioritering om vems och vilka behov som är störst?

Behovs- och solidaritetsprincipen ser han också utmanad – av de som beslutat om den – till exempel 4 timmarsregeln. Vad gör man till exempel på akuten om det kommer in ett hjärtstillestånd eller om det händer en trafikolycka och det sitter patienter i väntrummet som enligt 4 timmarsregeln borde gå före? Skall man leva upp till regeln måste man rimligen ha en orimligt hög och orimligt dyr bemanning med personal som skulle vara undersysselsatt under långa tider.

Tankar på tvingande regler om att alla människor skall ha en egen doktor menar han också kan komma i konflikt med behovs och solidaritetsprincipen. Visst, om någon har behov av vård under längre tid är det självklart att man skall få träffa samma läkare – eller i vart fall alltid ha en fast vårdkontakt. Men att alla friska, eller tillfälligt sjuka individer ska ha en fast läkare riskerar att medikali-

sera ohälsoproblem, öka efterfrågan på sjukvård och därmed i förlängningen att de som behöver vården mest inte får tillgång till den.

Samma sak med landstingets områdesansvar – det fria vårdvalets anatema. I det fria vårdvalet förväntas patienten vara aktören som söker upp den vård hon behöver (eller vill ha). Områdesansvaret gör sjukvården till den aktiva uppsökaren av de som behöver vård men inte efterfråga den. På huvudet rakt in alltså i det socioekonomiska nystan som gör att vården alltid riskera att bli mycket mer ojämlik än de ideal som skall styra den. Skall landstingen leva upp till områdesansvaret krävs en mycket aktiv uppsökande verksamhet och arbete med lokala organisationer och institutioner. Och var tas i så fall de resurserna ifrån?

Hans tredje exempel är den nyligen lagda lagrådsremiss som vill lägga ett lagstadgat ansvar på landstinget att koordinera de resurser som behövs från olika vårdgivare och institutioner för att få sjukskrivna tillbaka i arbete. Det kravet riktar sig ju mot behoven hos de som kan komma ut på arbetsmarknaden igen. Som tvingande lag riskerar den att prioritera de under 65 framför de som har de verkligt stora behoven av vård – de äldre långtids- och multisjuka.

— Vi vill inte ha den sorten beslut, säger Stefan Lindgren. Sluta peta i detaljerna. Det ställer bara till problem. Vi måste hela tiden ha en levande diskussion om hur vi bäst skall tillämpa behovs- och solidaritetsprincipen. Men ha tillit till professionen och låt proffsen vara proffs är hans avslutande reflexion.

— Äntligen har sjukvården förstått. Nu, nu äntligen fungerar det precis som jag vill att det skall fungera. Jag sitter där på jobbet och har fullt upp och kan inte komma ifrån. Jag har ringt upp min nätdoktor och så blir jag uppringd och så fixar han saken.

Göran Stiernstedt är infektionsläkare, docent och med regeringens uppdrag att räta ut en rad frågetecken kring den digitala vården – däribland ”… hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade *nätdoktorer* kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård”.

Han inleder sitt bidrag till etikdagen med en berättelse från ett möte med ett antal företagsledare. Det är där han träffar den verkställande direktören som säger ” Äntligen”. Den berättelsen och rubriken på hans uppdrag säger också det mesta om varför det brände till rejält i hans mejlbox när det blev klart att han också fått i uppdrag att utreda hur nätläkarna går ihop med vårdetikens grundparagraf – att det är de som har störst behov som skall ha mest hjälp.

Men så komplicerar han med berättelsen om ett annat möte – med en småbarnsmamma i 35 årsåldern med två små barn och ett vanligt tjänstejobb som också sa äntligen.

— Äntligen fungerar mitt liv. Tack vare de här digitala vårdapparna. Jag har småbarn som får ständiga infektioner och tidigare så ringde jag till vårdcentralen som hade en kort telefontid och jag kom sällan fram och när jag kom fram så hade telefontiden upphört och jag skulle komma tillbaka i morgon igen.

— Vi skall definitivt bedriva vård efter behov, säger Göran Stiernstedt. Men det är väldigt svårt att bedöma behov och det är mycket svårt för alla att orientera sig i systemet. Vi behöver hjälp med det. Hälso- och sjukvårdssystemet är ett av de mest komplexa system vi överhuvudtaget har i samhället. Då måste den här första kontakten människor får med sjukvården vara väldigt enkel och snabb. Är den bara det tror jag att folk fullt ut har förståelse för att vi tvingas att prioritera. Men de har ingen förståelse alls för varför det skall vara så vansinnigt svårt att få den där första kontakten. Det är en av nyckelfrågorna för framtidens sjukvård.

Men tillgänglighet handlar också om bemötande. Och det är en fråga om kultur säger han och berättar om sin egen erfarenhet som patient. Visst, det var inget fel på den medicinska vården -tvärtom. Han var otroligt nöjd. Men det som blev till irritation var när det kom till det inplanerade återbesöket. På kallelsen från Det Stora Sjukhuset fanns det förvisso – fast ganska finstilt – ett telefonnummer att ringa om tiden inte passade. Men ville han ändra så skulle han ha klart för sig att det kunde gå mycket lång tid innan han kunde få en ny tid berättar han och får ett igenkännande skratt från publiken.

— Här har vi ett kulturellt problem, säger han. Jag blev lite provocerad. Det blev som om min tid och mitt livspussel – och det gäller också den här småbarnsmammans och VD:ns tid och livspussel – att de inte är lika mycket värda som vårdens tid.

Göran Stiernstedts uppdrag från regeringen handlar om att utreda digitalisering inom hela vården. Att antalet besök hos nätdoktorerna formligen exploderat – från knappt

några i juni 2016 till närmare 30 000 under december 2017 – säger något om både brister, behov och möjligheter. För den signalen skall vi vara tacksamma säger också Göran Stiernstedt och visar kurvor på hur nätläkarbesöken fördelar sig. Fler i sta'n än på landet. Fler yngre än äldre. Fler kvinnor än män.

Hade han visat statistik på utbildningsnivå och nätläkarbesök hade den troligen följt ett välkänt mönster. Ju högre desto mer. Alla skillnader som förstås väcker frågor om både jämlikhet, behov och prioriteringar och som han har regeringens uppdrag att analysera. Särskilt den som visar på att folk i storstan – där utbudet av den gamla vanliga vården redan är stort – träffar doktorn via vårdapp och dator mer än folk på landet. Och det är ju på landet långt från sjukhus och vårdcentraler som behovet och nyttan av digitaliseringen och doktorn i datorn är som störst.

När patienten har svårt att själv ta sig till vårdcentralen eller sjukhuset – av vad skäl det än är – avstånd, ålder, tidsbrist – så är det alldeles klart att både samhället, vården och patienten kan ha mycket att vinna på att ses i appen jämfört med IRL (in real life). Ibland kan det vara väldigt kostsamt att flytta patienter till vården – och om det då inte behövs ett fysiskt besök är det förstås behändigare och billigare med dator än ambulans. Då sparar det ju inte bara tid och besvär för patienten. Det bli billigare och effektivare för sjukvården också. Annars visar det sig från en undersökning från Kalmar Län, att ett besök hos nätdoktorn inte sparar tid för vårdpersonalen – däremot för patienterna. Att kunna sitta hemma eller på jobbet i stället för ett väntrum är ju en klar vinst för patienten.

Och inte tjänar vården på att flödet till den fysiska primärvården tycks minska. I vart fall finns det ännu inga klara siffror som visar på den saken. Nätläkarna tycks som så mycket annat i digitaliseringens spår både addera och substituera. Vem minns inte drömmen om det papperslösa kontoret? Vad vården däremot kan tjäna tid på är anamnesen. Med standardiserade och digitaliserade verktyg kan en stor del klaras av patienten själv och det fysiska besöket kan användas till annat.

Men Göran Stiernstedt varnar för övertron på vad som går att ta reda på under ett videosamtal och vill slå ett slag för det personliga mötet. Särskilt i egenskap av infektionsläkare – och numera också administratör.

— Jag sitter mycket i möten. Också videomöten. Men om jag skulle kalla till ett möte där vi måste nå konsensus i en svår fråga skulle jag aldrig kalla till ett videomöte. Det är så mycket man går miste om av stämning, kroppsspråk, gester, blickar och minspel i kombination med tonfall som man aldrig kan komma åt i en videokonferens.

Som infektionsläkare vill han också varna för allt som man tror att man kan ställa diagnos på via nätet – än så länge. Han säger än så länge därför att det sker en rasande snabb utveckling när det gäller vad man kan mäta och ta prov på distans. Men en stor del av nätläkarbesöken handlar om infektioner – särskilt luftvägsinfektioner där man måste lyssna på lungorna och där man måste ta ett prov för att avgöra om man skall sätt in antibiotika eller inte. Och om inte – med risk för feldiagnos och onödiga och olämpliga recept på antibiotika.

Göran Stiernstedt har besökt de flesta av de ca 10 nätläkarföretagen som finns i Sverige. De skiljer sig markant

åt i olika arbetssätt. En del håller sig med en ”grindvakt” som slussar patienten vidare – alltså det som kallas ”triage” och som till och med kanske kan digitaliseras med hjälp av artificiell intelligens. Hos en del kan man ange själv och direkt om det är en doktor man vill träffa eller någon annan sjukvårdspersonal. En del har digital anamnes, andra inte. Gemensamt för de flesta är att de söker någon form av integration med den övriga vården.

Och om att integration är vägen framåt är också Göran Stiernstedt övertygad. Men då måste det handla om en solidariskt finansierad, jämlik och behovsstyrd vård.

— Vård på nätet kan definitivt förbättra tillgängligheten säger han. Och det är en sak som vi diskuterar alldeles för sällan. Glöm inte att tillgängligheten är en viktig jämlikhetsfråga. De starka med goda resurser tar sig alltid fram i systemet och skapar sin egen tillgänglighet. Det finns mycket forskning som visar att den sjukvård som satsar på första linjens sjukvård och tillgänglighet också ger den mest jämlika sjukvården. Och då måste det vara enkelt att ta sig in.

Läkarna på nätet måste också kunna erbjuda kontinuerlig vård. Om värdet av att få träffa samma läkare eller samma vårdteam vid återkommande kontakt med sjukvården är han också övertygad.

— Glöm inte att ju bättre man lärt känna och ju mer man vet om sin patient desto större nytta och desto effektivare blir också den digitala vården, säger han. Tänk också på vad jag på olika sätt försöker säga; att vi i många avseenden faktisk är del av en servicenäring.

En sak de flesta nätläkarna återkom till vid hans besök är att de ser sig själva som nationella vårdaktörer. Och det i ett system som är splittrat och uppdelat på 21 landsting med separata organisationer, egna skattekassor och en lagstiftning som säger att vem som helst får söka vård var som helst – på tvären genom hela systemet! Det har ju väckt frågan om primärvården skall organiseras nationellt? Skall nätläkarna integreras i den allmänna vården – eller stå vid sidan om? Göran Stiernstedt är övertygad om att de på ett eller annat sätt måste kopplas till ett större sammanhang och då måste man också se över hur de skall finansieras. Passar de inte in i kraven på triage, kontinuitet, behovsstyrd och jämlik vård då kanske de inte heller skall finansieras solidariskt och alltså läggas utanför systemet för offentligt åtagande.

Till sist lyfter han fram tre frågor som hans utredning också måste hantera:

- Säkerheten

— Vi har ju lagt ner väldigt mycket tid och pengar för att värna patientens integritet i vården. Och så plötsligt kan folk sitta hemma vid sin egen dator, sätta en kamera på skärmen – eller använda sin egen mobil i kontakten med patienten, säger han och nämner det aktuella fallet med en läkare som står åtalad för pedofili i sina nätkontakter med patienterna.

- Kommunikationen

— Nätläkarna har gjort extremt tydligt att vi nu äntligen måste ta tag i frågan att få fram digitala system som kan tala med varandra tvärs över hela landet och inom alla landstingens alla vårdenheter och professioner. Det gäller inte minst journalföringen.

- Kompetensen

— Det är svårt att hålla kompetensen vid liv om man bara sitter hemma, säger han. Därför är det angeläget att nätläkarna också ingår i den allmänna vården.

Att nätläkarna i många fall redan är anställda i den allmänna vården och jobbar extra på nätet har väckt Göran Stiernstedt fjärde fråga att hantera.

- Läkarnas arbetstidssystem

— Både nätläkarna och hyrläkarsystemet bygger ju mycket på extraknäckande doktorer. Det sätter fingret på hur läkarnas arbetstidssystem ser ut. Det skapar ju väldigt långa ledigheter och det går inte att undvika att hantera också den frågan.

- Marknadsföringen

— Många har blivit otroligt provocerade av hur nätläkarna har marknadsfört sina tjänster. En av de vanligaste frågorna jag får när jag är ute och talar om min utredning är om man verkligen får göra som de gör, säger han. Finns det inga etiska regler för hur man få marknadsföra sjukvård? Jo läkarförbundet har klara etiska regler för saken. Jag kan inte hantera den frågan inom min utredning. Men jag kan lyfta fram den och peka på att den måste hanteras.

SAMTAL MED ÅHÖRARNA

I det samtal mellan panel och publik som följde var många överens om mycket. Bland annat om att sjukvårdens största utmaning är den demografiska. Om knappt tio år är antalet 80 åringar dubbelt så många som nu. Med allt

vad det betyder av att det ökade vårdbehovet skall rymmas inom de 11 % av BNP där vetenskap och beprövad erfarenhet säger att gränsen går. Mer får sjukvården inte kosta. Men det betyder ju också – menade en röst från salen – att det är extra angeläget att kolla vad det är som idag belastar sjukvården men som egentligen borde hamna på andra konton.

— Ni verkar så överens. Skaver det inte någonstans, frågade dagens moderator Titti Mattson, professor i offentlig rätt och medlem av etiska rådet.

— Om två personer är överens så är en av dem inte filosof säger Niklas Juth till åhörarnas förtjusning – för att sedan omedelbart vara överens med alla som sagt något om behovet av behovsstyrd vård. Det är djupt problematiskt med en efterfråge- och utbudsstyrd vård säger han.

Undertexten handlar förstås om att ifall pengarna får bestämma så är det i vart fall inte behoven hos de behövande som avgör vart vårdens resurser – och våra skattepengar – tar vägen. Det saknas helt enkelt evidens för hur nätläkarna passar – eller inte – passar in i vårt system.

— Sjukvården får aldrig ge upp sin väktarroll säger han. Annars kan man öppna vilka dammluckor som helst. Men det betyder inte att man skall snåla med den första kontakten och tillgängligheten, säger han.

Fler bland åhörarna hänger på och menar till och med att efterfrågan på vård dessutom sjunker om man vet och är trygg med att man alltid kommer fram när man behöver.

Och eftersom alla också var överens om att nätläkarna har kommit för att stanna – och att de både fyller ett behov och har fungerat som en varningssignal om primärvårdens dåliga tillgänglighet, så var alla också överens om att man måste göra det bästa möjliga av situationen. Speciellt som det troligen är så att allt fler – särskilt i yngre och kommande generationer – faktiskt ser på sjukvård som ett serviceyrke och en serviceorganisation. Nätläkarna måste integreras i den utveckling som alla också var ense om måste bejakas och snabbas upp – behovet av en samlad digitaliseringen av hela vårdapparaten.

Och om det behovet är Dolores Öhman, miljöpartist, regionråd och i regeringens delegation för e-hälsa, mycket tydlig.

— Sverige skall vara bäst på e-hälsa 2025 säger hon men det kräver tre saker. Att lagstiftningen hänger med och framför allt kan hanterar integritetsfrågorna. Att vi får gemensamma digitala system som kan tala med varandra tvärs över alla organisatoriska och professionella gränser. Och att digitaliseringen blir interaktiv.

Och just interaktivitetens möjligheter är det fler som lyfter fram i samtalet. 80 % av vad sjukvården arbetar med är kopplat till patienter med långvariga behov. Glöm den gamla modellen med besök och återbesök. Det är jobbigt att flytta sig när man blir gammal, stel och dessutom sjuk. Den uppkopplade patienten kan göra mycket av vårdarbetet själv från hemmet. Inte i första hand för att det sparar pengar – utan för att det blir så mycket bekvämare och effektivare.

Det återkommande temat om vårdens dåliga tillgänglighet – och då inte bara när det gäller primärvården –

kom igen i en annan tappning; allmänläkarnas tillgång till specialisterna. Och specialisternas kontakt med allmänvården.

— Kontinuitet i vården är en erkänt dålig gren i svensk sjukvård. Men det är dessvärre också förmågan till samverkan och ge stöd mellan vårdens olika nivåer och professioner, hördes från åhörarplats.

När ordförande i Etiska Rådet, Mats Johansson, avslutar dagen pekar han på ett dilemma; all vård skall vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vara evidensbaserad. Men ger man sig ut i okänd digital terräng finns varken vetenskap eller erfarenhet att navigera efter. Då måste man göra utvärderingen så snart som möjligt. Och så nämner han några ord han tagit till sig under dagen. Viljan att vända på alla stenar, jämlikhet, rättvisa och tillit – och i en kommentar efteråt – oron för att det är utövarnas möjlighet till vinst (eller krav på inbesparingar) som driver utvecklingen snarare än människors behov av vård.

Internet och digitalisering får en allt större roll i hälso- och sjukvården. Men vad styr egentligen denna utveckling? Och gynnas rätt personer? Dessa och andra frågor behandlades på ett seminarium som Region Skånes etikråd arrangerade i september 2018. Detta en rapport från seminariet.

REGION SKÅNES ETISKA RÅD arbetar på uppdrag av Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd. Rådet är ett oberoende organ i den meningen att ingen av rådets ledamöter är underställda någon beslutande funktion i Regionen. Rådets huvuduppgift är att på olika sätt arbeta för att stärka den etiska medvetenheten i hälso- och sjukvården.