

# *Vård på lika villkor eller Vad är kvalitet i hälso- och sjukvården?*

Bo Carlsson & Åke Isacson

*Rättssociologiska institutionen, Lunds universitet  
Centrum för samhällsmedicin, Lunds universitet*

"Du har en hjärtinfarkt, sade Klas och böjde sig fram och nöp honom vänligt i örsnibben. Hjärtinfarkt? Hjärtpropp? Hjärtslag? tänkte han. Det angick inte honom. Det var inte längre hans hjärta. Sjukhuset hade tagit över ansvaret. Det var som om han själv suttit bredvid sängen på en likadan ståpall som Klas och tittat på en främmande person som låg insnärjd av slangar och trådar i den blanka sängen. Det var den personen som var en hjärtinfarkt. Primus Svensson hade inte med saken att göra."

P.C. Jersild *Babels hus*.

## **Inledning**

Hälso- och sjukvården är en sektor inom välfärdssamhället med vilket alla människor kommer i kontakt. Från födseln och framåt utnyttjas hälso- och sjukvårdsapparaten, om än med varierande intensitet. Många fall är av bagatellartat slag men kan ändå av individen upplevas som allvarliga. Andra fall är av helt livsavgörande slag. Alldeles oavsett om det särskilda fallet subjektivt eller objektivt är av den ena eller andra karaktären står det klart att hälso- och sjukvården rör ytterst väsentliga frågor om liv eller död - hälsa eller ohälsa. Det är med andra ord frågor som berör varje individ.

## Övergripande mål inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens roll i socialpolitiken har förändrats markant under det senaste decenniet. Hälso- och sjukvårdssektorn tillväxte mycket snabbt från det tidiga 1950-talet och fram till början av 1970-talet. Denna utveckling präglades starkt av en ökad specialisering inom medicinen och av olika verksamheter inom hälso- och sjukvården samt av en utbyggnad av sjukhusen. Personalen inom hälso- och sjukvården har också ökat mycket snabbt och ökar fortfarande. Sjukvårdens andel av BNP har emellertid varit stabil under den senaste femårsperioden och legat på drygt tio procent. Ett uttalat skäl till den snabba utbyggnaden av hälso- och sjukvården har varit att möta ett sjukvårdsbehov hos befolkningen. Utbyggnaden är avsedd att möta framför allt otillfredsställda behov på villkor som medför att alla medborgare på ett jämlikt sätt får del av sjukvårdens resurser. Man har därvid haft föreställningen att man kunde bygga i kapp behoven och att nya resurstillskott skulle komma ej tillgodosedda grupper till del. Så har emellertid inte blivit fallet och relationerna mellan utbud, behov och anspråksnivå är nog inte så enkla. Betydande ansträngningar från central nivå har med början från 1970-talet gjorts för att övergripande planera hälso- och sjukvården och att knyta den mer övergripande målsättningen till operativa mål för sjukvårdshuvudmännen. För att möta bl.a tillgänglighetskravet har sjukhusutbyggnaden i stort övergivits och i olika strukturplaner har man dragit upp en organisation baserad på primärvård och vårdresurser knutna till denna. Vårdcentraler med ett betjäningsområde på cirka 15.000 invånare har tillkommit i praktiskt taget alla kommuner. Honnørsorden har blivit närhet, tillgänglighet och kontinuitet.

Mot denna bakgrund påbörjades 1975 ett lagstiftningsarbete som skulle ersätta den detaljerade och sjukhusorienterade lagstiftning som gällde vid detta tillfälle. Lagstiftningsarbetet skulle förankras i en övergripande målsättning för hälso- och sjukvårdspolitikerna och målsättningsdiskussionen skulle föras med utgångspunkt från att alla som bor i landet skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor. Målsättningen bör, sade dåvarande chefen för Socialdepartementet i direktiven till hälso- och sjukvårdsutredningen, präglas av en social helhetssyn på hälso- och sjukvården och därmed inom ramen för samhällets totala insatser på detta område även innefatta förebyggande åtgärder.

Utredningsförslaget (SOU 1979:78) anknyter väl till direktiven men tar upp ytterligare en dimension, en demokratisk dimension av hälso- och sjukvården då "Patienterna inte bara kräver en god medicinsk vård - utan även personligt engagemang, god information samt delaktighet och inflytande".

Denna senare aspekt hade innan Hälso- och sjukvårdsutredningens förslag med vissa ändringar blivit lag tagits upp i Tillsynslagen (1980:11) som reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar och skyldigheter.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är en målinriktad ramlag. Portalparagrafen (2 §) anger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa för hela befolkningen. Landstingskommunen (3 §) skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Landstinget har ett övergripande planeringsansvar även för hälso- och sjukvård som bedrivs av annan huvudman inom landstingsområdet.

Vad som menas med god sjukvård preciseras i lagen till att:

1. Vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen.
2. Vara lättillgänglig.
3. Bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.
4. Främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonal.

Vidare fastslås att vården och behandlingen så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten och att patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Vård på lika villkor för alla medborgare, rör sig inte enbart om en geografiskt rättvis fördelning av vårdresurser efter befolkningsunderlag. En allt mer uppmärksam fråga rör hälsans fördelning på olika befolkningsgrupper. Är det så att hälsan är ojämlikt fördelad uttryckt i sjuklighet eller dödlighet för olika befolkningsgrupper? Man vet t.ex. att fränksilda män har en förhöjd dödlighet. Man vet också att tjänstemän och jordbrukare har ett lägre vårdutnyttjande än arbetare (SOU 1984:41 *Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering*). Motsvaras detta av en lägre sjuklighet? Överhuvudtaget förefaller det som om man vid studiet av förhållandet mellan sam-

hällsklass och hälsa finner minskande hälsoproblem med ökande social status ("Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975". *Levnadsförhållanden* Rapport nr 11). Uppenbarligen är inte de förutsättningar för fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser som hittills gällt tillräckliga för att också kunna väga in behovsdimensionen, i all synnerhet om det är så att redan underprivilegierade grupper har de största behoven. Lagstiftaren har löst denna fråga på så sätt att patientens självbestämmande betonas, liksom patientens rätt till information om utredningsalternativ och behandlingsmöjligheter så att denne kan medverka vid val av behandling och ges möjlighet att efterfråga adekvat vård, men såsom påpekas bl.a i SOU 1984:41 är patienternas möjligheter att förstå, påverka och tillgodogöra sig vården sannolikt inte jämt fördelade mellan olika grupper i samhället.

## **Självbestämmande och medinflytande - kommunikativ etik eller...?**

Patientens ställning utgör en central fråga i den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Vården förutsätts vara anpassad till den enskilde patientens behov och förutsättningar och utgå från hans eget ansvar för sin hälsa. En förändring av patientrollen antas med andra ord utgöra en förutsättning för bättre vård och bättre vårdmiljö. Denna förändring och förbättring skall åstadkommas genom en stärkt ställning i vården för patienten. Genom information och upplysning om hälsotillstånd och behandlingsmetoder skall patienten ges möjlighet att mer aktivt ta del i vårdarbete än tidigare. Härigenom skall det skapas utrymme för självbestämmande och medbestämmande i vården, ett deltagande och ett inflytande som grundar sig på varje individs ansvar för sin egen hälsa.

De rättigheter och skyldigheter som vid varje given tidpunkt tillkommer patienten utgör ramen för dennes rättsliga ställning. Patientens ställning i vården förutsätts bli förstärkt i takt med att nya rättigheter tillkommer. I den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen har utökade rättigheter tillskapats på framför allt tre områden: rätten till information och upplysning; rätten till självbestämmande och medbestämmande i vården; rätten och möjligheten att påtala missförhållanden.

Information och kontakt, främst i riktning från sjukvårdspersonal till patienter, utgör grundläggande element i hälso- och sjukvårdspolitikens strävan att stärka patientens ställning och ge denne reell möjlighet till självbestämmande och medbestämmande i vården. Att det är ett viktigt område visas inte minst av att när missförhållanden påtalas av en patient är orsaken inte alltid föranlett av fel och försummelse i den medicinska behandlingen, utan även bristande kontakt och information utgör en stor del av klagomålen. Det finns en mängd situationer i vården och i samspelet mellan vårdpersonal och patient där patientens klagomål uteslutande berör bristande eller undermålig kommunikation. En intressant frågeställning i sammanhanget är ifall det ställs högre krav på information och självbestämmande i rättspraxis, dvs hurvida praxis har förändrats i ärenden hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Även i en rapport från en expertgrupp inom Medicinalansvarskommitté (MAK), *Patienten i sjukvården - kontakt och information* (SOU 1977:66), pekas det på hur stor betydelse sjukvårdens interaktionsstruktur har för en bra och fungerande vård. En grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvårdspolitikens mål skall kunna förverkligas är, enligt Medicinalansvarskommittén "*att kommunikationsproblemen görs till föremål för särskild uppmärksamhet*" och att man då särskilt beaktar att patienten också utgör en del av arbetslaget och därmed är en part i informationsprocessen. Expertgruppen vill påvisa bl.a de negativa effekter för kommunikationsförhållandena som kan hänföras till den även inom hälso- och sjukvården förekommande skiktningen av personal som baseras på ett *auktoritärt-hierarkiskt system*.

Förutom ett *auktoritärt-hierarkiskt system* finns det fler företeelser som påverkar kommunikationens och interaktionens förutsättningar. Företeelse som, enligt Jürgen Habermas, medför en störd eller förvrängd kommunikation (*distorted communication*). Intressen, och då uttryckt i olika *intressegrupperingar* kan även inrymma exempel på dylika företeelser. Stadfästs gruppens intresse med hjälp av någon form av makt föreligger ett exempel på störd kommunikation.

Det är givet att det föreligger betydande risker för intressemotsättningar i en verksamhet som involverar ett så stort antal enskilda patienter och presumtiva patienter, en så stor kategori hälso- och sjukvårdspersonal och där ett behov av

central styrning och kontroll tycks göra sig gällande. Olika makt- och intressegrupperingar i samhället har sina intressen och positioner att bevaka och flytta fram. Det är självklart att ett så omfattande verksamhetsområde som hälso- och sjukvården inte samtidigt kan tillgodose alla intressen. Som på andra områden framstår kompromisslösningar som det naturliga sättet att motverka och lindra motsättningar. Det är självfallet av stor betydelse att studera ifall vissa gruppers intressen dominerar kompromissen, kanske på bekostnad av andra gruppers intressen. Enligt Habermas förmenande är en dylik kompromiss, ett dylikt *konsensus*, en *pseudo-kompromiss*.

Inom hälso- och sjukvården uppstår en rad konflikt-situationer på olika nivåer och även mellan olika nivåer. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen utgår ifrån att varje patients individuella vårdbehov skall tillgodoses, vilket förutsätter att vårdapparaten har ett relativt fritt tolkningsutrymme vid bedömandet av vilka olika åtgärder som skall sättas in i det emskilda fallet, fritt inom ramen för ekonomiska resurser och medicinska och tekniska möjligheter. Vad däremot individen anser sig behöva överensstämmer inte alltid med sjukvårdens definition av hans behov. Även då det gäller patientens intresse av hans rätt till självbestämmande och medverkan i vården uppstår det en konfliktsituation då dessa värden möter vårdapparats krav på medicinskt-vetenskaplig kontroll. För att uttrycka det som Habermas: en moralisk-praktisk rationalitet, en värderationalitet gentemot en kognitiv-instrumentell rationalitet. Eller för att uttrycka det något enklare: instrumentell kontroll och behärskande (instrumental mastery) gentemot kommunikativ förståelse (communicative understanding). Det sagda visar på konfliktsituationer som kan sägas vara inbyggda i systemet. Att de är inbyggda i systemet medför, enligt Habermas, en ständigt återkommande uppkomst av olika kris-tendenser. Han talar då om fyra möjliga kriser, ekonomisk kris, rationalitetskris, legitimitetskris och motivationskris. Habermas menar, väldigt summariskt beskrivet, att ifall systemet t.ex inte kan svara på nya behov, nya intressen, uppstår som en direkt följd en motivationskris. Egentligen vore det, hävdar Habermas i *Legitimation Crisis*, en funktionell nödvändighet för det administrativa systemet och dess dominereande instrumentella rationalitet att göra sig oberoende av legitimitetskrav och värderationalitet för att på så sätt undvika legitimitets- och motivationskriser. I ett senare arbete, *The Theory of Communi-*

*cative Action*, talar han om systemets kolonialisering av livsvärden.

Konflikter i den normativa interaktionsstrukturen rörande vägledande principer för livsvärldens organisering leder, enligt Klaus Eder, till sökandet efter nya konfliktlösningsinstrument. Detta sökande är en läroprocess som utvecklar den kollektiva moralen, hävdar Eder. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) kan betraktas som ett försök till svar på detta sökande.

## **Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd - ett konfliktlösningsinstrument**

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är ett domstolsliknande organ som prövar disciplin- och behörighetsärenden beträffande personal inom hälso- och sjukvården.

Behöriga att göra anmälan till nämnden är patient, eller om denna är förhindrad att anmäla, närstående såsom make/maka eller barn. Socialstyrelsen och vissa andra myndigheter såsom JO och JK är även behöriga att göra anmälan till nämnden. I behörighetsärenden emellertid enbart socialstyrelsen. Tillsynslagen innehåller förutom bestämmelser om förfarande i disciplinärenden allmänna regler om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och om de rättigheter patienten har till information om sitt hälsotillstånd och om rätt till medverkan i planeringen av behandlingen. En grundläggande regel är att patienten skall behandlas med omtanke och respekt samt att patienten skall behandlas sakkunnigt och med omsorg.

I ärenden hos nämnden är anmälaren och den anmälde parter. Av detta följer att man inte kan göra en anonym anmälan. Anmälaren, t.ex. en patient, har ingen materiell rätt att bevaka men är likafullt part. Vid handläggning av ärenden hos nämnden gäller vanliga förvaltningsrättsliga regler om kommunikation mm. Socialstyrelsen såsom tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården har en betydelsefull roll vid handläggning av disciplinärenden, dels på så sätt att föredragande tjänstemän hos Socialstyrelsen ofta är föredragande i disciplinmål i HSAN, men Socialstyrelsen kan även uppträda som anmälare och som sakkunnig i vissa ärenden. Till Socialstyrelsen finns knutet ett vetenskapligt råd bestående av veten-

skapsmän från medicinens alla specialiteter men även från angränsade vetenskaper, sammanlagt ett 100-tal personer. Dessa vetenskapliga råd anlitas såsom sakkunniga i disciplin- och behörighetsärenden, framför allt i ärenden som rör vissa bestämmelser i allmänna läkarinstruktionen i vars 3 § en punkt tar upp den i sammanhanget betydelsefulla bestämmelsen att varje läkare är skyldig att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patienten de råd och, såvitt möjligt, den behandling som patientens tillstånd fordrar.

HSAN består av nio ledamöter (en företrädare för lands- tingsförbundet, en från vardera de fackliga centralorganisa- tionerna LO, TCO och SACO-SR, fyra parlamentariker samt en lagfaren ordförande). Nämnden har till sin hjälp för utred- ning och föredragning av ärenden ett kansli.

I disciplinmål kan nämnden besluta om disciplinpåföljd, erinran respektive varning, där varning är den allvarligare på- följden. Nämnden kan också genom olika uttalanden i sitt beslut rikta mer eller mindre allvarlig kritik mot en befatt- ningshavare utan att för den skull besluta om disciplinpåföljd. Det kan förmodas att sådana uttalanden kan ha viss betydelse för rättsbildningen på området.

Preskriptionstiden är två år. Den som avses bli föremål för disciplinpåföljd skall alltså inom två år från förseelsen ha er- hållit underrättelse om att anmälan föreligger. Förutom sitt mer uttalade syfte, att som konfliktlösningsinstrument skapa garan- tier för en god vård och god vårdmiljö för patienterna, fyller HSAN även andra funktioner. För det första, att tillgodose hälso- och sjukvårdens krav på goda arbetsförhållanden i enlig- het med utvecklingen på arbetsmarknaden och att skapa rätts- säkerhetsgarantier för personalen. För det andra, att utgöra en statsmakternas kontroll- och styrfunktion över den hälso- och sjukvårdande verksamheten. Vilken funktion, vilka krav som dominerar återstår att undersöka. Det är kanske t.o.m. andra krav på verksamheten, andra intressen, som präglar besluten?

Genom att studera hur information och upplysning om hälsotillstånd och behandlingsmetoder fungerar, dels ur patientens perspektiv, dels ur hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv, är det möjligt att få en förståelse för, en bild av, patientens reella ställning inom vårdapparaten. Förhållandet mellan denna bild och patientens formellt rättsliga ställning bör utgöra grunden för en analys av hälso- och sjukvårdspolicyns genomslagskraft, dess möjligheter respektive begränsningar.



Hälso- och sjukvårdslagen förutsätter som sagt dels en ökad informationsskyldighet för hälso- och sjukvården i förhållande till patienten och dels att patientens självbestämmande vad gäller åtgärder, behandling mm får genomslag i kontakterna mellan patient och hälso- och sjukvård. Dessa regler får sitt materiella innehåll bl a genom de avgöranden som träffas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. När det gäller HSAN:s beslut är det av stort intresse att undersöka tillströmningen av olika ärendetyper, t.ex andelen behandlingsärenden respektive kommunikationsärenden. Vidare, hur detta inverkar på HSAN:s verksamhet och vad det kan ha för betydelse framöver för patientens ställning?

I vår undersökning av de anmälningar, de klagomål, som inkommer till och behandlas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd vill vi belysa och klargöra olika sätt att uppfatta problem inom sjukvården. Vi är med andra ord intresserade av att analysera vilka olika intressen som gör sig gällande vid en konkret konfliktsituation. Genom att ta vår utgångspunkt i patientens eller anmälarens "klagoskrift" och samtidigt klargöra, dels anmäld parts uppfattning om situationen, dels HSAN:s definition och hantering av ärendet, anser vi det möjligt att öka förståelsen för den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningens förutsättningar, framför allt medinflytandets och självbestämmandets faktiska möjligheter respektive begränsningar.

Alfred Schutz och Thomas Luckmann skriver, i *The Structures of the Life-World*, att vardagslivet präglas av individens sätt att handskas med rutiner. För att underlätta sin egen förståelse av fenomen och händelser typifierar människan ständigt sin tillvaro. Denna typifiering sker med hjälp av en på förhand given *kunskapsbas* (stock of knowledge). Som framgår av Habermas' genomgång i *Knowledge and Human Interests* hör *kunskap* ihop med olika intressen och med individens förhållande till omvärlden. Hälso- och sjukvårdspersonalen definierar i regel sjukhusbesöket i medicinska och vetenskapliga termer, medan patienternas livsvärld tar sig andra uttryck. En läcker Bouillabaise och ett gott glas Chablis har en annan betydelse för en mästerkock än för en utsvulten.

Även vid konflikter sker en tolkning av tillvaron med hjälp av typifieringar, en tolkning som i första hand domineras av intressen och tidigare erfarenheter. För att förstå förutsättningarna för en bra kommunikation i den vardagliga hälso- och

sjukvården är det av vikt att vid konfliktsituationer studera bl.a typiska klagomål, typiska argument och försvar, ja även typiska konfliktlösningar. Att vi valt att studera typiska konfliktsituationer för att belysa kommunikationens premisser kan motiveras av att det är främst vid en kris, en chock, som individen börjar reflektera över händelser och behov som vanligtvis tas för givet. Det är faktiskt först då som man på ett mer påtagligt sätt kan uttala sig om vilken betydelse, vilken mening, kommunikationen har för olika individer eller intressegrupper. På så sätt undersöks *tron på vetenskapen* och den kommunikativa etikens betydelse för konfliktlösningen. Inom parantes kan det i detta sammanhang påpekas att Habermas, i *The Theory of Communicative Action*, har hävdad, att det vårt samhälle har vunnit i form av kontroll har det förlorat i vad gäller dess mening (the gain in control is paid for with a loss of meaning).

Vid analys av patientens-anmälares anmälan (klagoskrift) kan en rodogörelse för argumentationssätt och en närmare identifiering av vad anmälares i grunden hänvisar till öka förståelsen för patientens uppfattning om den situation som föranlett anmälan.

Vi har klassat de argument som vi identifierat i anmälningsskrifterna i fem olika klasser:

Lagregler - *formell rättvisa*

Övergripande mål - *substantiell rättvisa*

"*Saken i sig*" - det specifika problemet

*Felaktighet* - ospecificerat

*Orättvisa* - orätt utifrån allmänna grundsatser.

Med formell rättvisa avses i huvudsak legalitetsargument, med substansiell rättvisa och orättvisa avses huvudsakligen legitimitetsargument - dvs argument som grundar sig på föreställningar om den allmänna moralen, hälso- och sjukvårdens mål etc. Med *saken i sig* avser vi argument som beskriver ett förment fel på ett konkret och väldefinierat sätt. Felaktighet avser att anmälares anger ett abstrakt eller ospecificerat fel som grund för sin anmälan.

Förekommer överhuvudtaget legitimitetsargument och vad slags problem är aktuella i dessa ärenden? Vilken typ av argumentering är framgångsrikast, i så måtto att stöd för argumentet erhålls från vetenskapligt råd eller att nämnden beslutar om påföljd.

**Tabell 1** Vad anmälaren hänvisar till. Argument i ärenden avgjorda i HSAN 1980-1984<sup>1</sup>

Argument	Anmälaren		Social- styrelse	Annat ombud	Advokat- ombud
	Patient	Läkare			
Formell rättvisa	2	4	14	0	0
Substantiell rättvisa	3	5	1	1	0
Saken i sig	128	17	21	67	5
Felaktighet-ospec.	137	1	0	65	0
Orättvisa	29	0	0	6	0

Tabell 1 ger viss information om olika aktörers argument. Så är den medicinska sfären nästan ensam om att åberopa formell eller substansiell rättvisa. Detta antyder att dessa är de enda aktörerna som behärskar regelsystemet och som har en närmare kunskap om vilka övergripande mål som hälso- och sjukvården skall tillgodose. Socialstyrelsen och läkare (i t.ex *Lex Mariafall*<sup>2</sup>) och även rättsligt bildade ombud argumenteras frekvent utifrån saken i sig, dvs ger det förmenta felet en konkret innebörd och gör det påtagligt materiellt, medan patienten och lekmannaombud (anhörig, förmyndare, patient, förening) påtagligt frekvent anger ett abstrakt eller ospecificerat fel som grund för anmälan. Vad som närmare bör prövas och vilket materialet bör medge är om inte argumentet felaktighet-ospecificerat respektive orättvisa speglar måhända en oförmåga till bedömning av vad som är instrumentellt rationellt.

Vid utredandet och handläggandet av ett ansvarsärende tar HSAN sin utgångspunkt dels i patientens rättigheter, och dels i vad som anses vara vetenskap och beprövad erfarenhet. Vad som är att betrakta som VETENSKAP och vad som är acceptabel rutin inom hälso- och sjukvården vid en given tidpunkt bedöms av sk vetenskapliga råd i deras roll som sakkunniga. En viktig frågeställning för att belysa den responsiva hälso- och sjukvårdslagstiftningen blir därigenom frågor kring de vetenskapliga råden, hur ofta de anlitas och när de anlitas, och om argumenteringen är målinriktad eller vetenskapligt dominerad, dvs hänvisar de till hälso- och sjukvårdens övergripande mål eller till vetenskapliga studier.

Det framgår av undersökningen (se tabell 2) att vetenskapliga råd är anlitate vid en tredjedel av de under år 1980

**Tabell 2** *Andelen beslutade ärenden där vetenskapligt råd anlitas, fördelat på år (%)*

1980	1981	1982	1983	1984
32,8	24,0	18,1	7,1	7,6

inkomna och beslutade ansvarsärendena, medan det sjunkit till under 10% under åren 1983 och 1984. De målinriktade argumenten är väldigt marginella (3%). Argumenten hänför sig framför allt till vetenskap (45%), beprövad erfarenhet (30%) och försummelse (19%). Dock, i vissa fall har de vetenskapliga råden hänvisat till formella lagregler (8%).

Under åren 1983-1984 finns ett stort antal inkomna ärenden som ännu ej är beslutade varför andelen med vetenskapligt råd kan komma att justeras. Komplicerade ärenden med lång handläggningstid kräver i betydligt högre grad yttranden av vetenskapligt råd. Nödvändigheten av ett yttrande från ett vetenskapligt råd är givetvis också en av orsakerna till den långa handläggningstiden. Men trots detta har det skett en minskning. Kan denna minskning bero på begränsade ekonomiska och personella resurser? Är ärendebelastningen för stor, vilket medför nya rutiner? Eller är det som anses vara vetenskap och beprövad erfarenhet nu, efter några osäka begynnelseår med ny lagstiftning, mer eller mindre accepterat och stadfäst? En annan möjlighet är att antalet etiketts- och kommunikationsärenden har ökat. Något som innebär att de vetenskapliga råden inte behöver yttra sig om vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet.

## Slutord

Habermas har hävdat att likt bekräftandet av sanna *fakta* i den objektiva verkligheten är det lika rimligt att tala om och bestämma ett värdes eller en norms *sanningshalt*. Denkognitiv-instrumentella rationaliteten bedöms utifrån dels påståendets verklighet, dess faktiskhet, dels dess verkan, dess effektivitet. Den normativt reglerade handlingen, den moralisk-praktiska rationaliteten bedöms utifrån dess normativa rättskaffenhet eller

dess subjektiva sannfärdighet, vilket i båda fallen är en kommunikativ fråga.

Genom att, med hjälp av Habermas' teori om kommunikativ handling, renodla olika rationalitetstyper är det möjligt att visa vilka olika typer av tänkesätt, vilka olika *föreställningsvärldar* (world-views), som förekommer inom hälso- och sjukvården och vilken betydelse detta har för förhållandet mellan sjukvårdsapparat och patient. Därmed undersöks som tidigare nämnts förutsättningarna för förverkligandet av de mål som bär upp den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

En hälso- och sjukvårdsapparat utan instrumentellt-rationellt handlande skulle medföra ekonomiska och administrativa kriser, medan en vårdform utan värderationellt handlande, utan förståelse, skulle förlora sin mening (a loss of meaning). Vilken rationalitetstyp som egentligen skall vara vägledande är inte den mest aktuella frågan, utan det som är mest betydelsefullt är att den kommunikativa etiken, värderationeliteten, inte underordnas och domineras av den instrumentella rationaliteten. Att medinflytandet och självbestämmandet med andra ord skulle gå förlorat på grund av ekonomiska, administrativa och medicinskt-vetenskapliga intressen. Det är det som är kardinalfrågan.

## Noter

1. I vart 5:e konsekutivt inkommet ärende hos HSAN under åren 1980-1984 och som avgjorts före 1 juli 1986, har beslut och aktmaterial kartlagts och klassificerats på ett fyrtiotal variabler. 524 ärenden ingår i studien.
2. Skyldighet för chefläkare att till socialstyrelsen och polismyndighet anmäla om någon åsamkas allvarlig skada eller får allvarlig sjukdom i samband med behandling på sjukhus. Denna regel är upphävd 1 januari 1983. Anmälningsskyldigheten har genom ny lagstiftning från nämnda datum delvis utvidgats. Anmälningsskyldigheten åvilar numera landstingskommunen såsom sjukvårdshuvudman. Anmälningsskyldighet till polismyndighet föreligger ej numera.

## Litteratur

- Eder, K. (1983/84) "Collective Learning Processes and Social Evolution" i *Tidskrift för rättssociologi* Vol 1 1983/84 Nr 1
- Habermas, J. (1971) *Towards a Rational Society* London: Heinemann

- Habermas, J. (1972) *Knowledge and Human Interests* London: Heinemann
- Habermas, J. (1976) *Legitimation Crisis* London: Heinemann
- Habermas, J. (1981) *The Theory of Communicative Action. Vol 1: Reason and Rationalization of Society* Boston: Beacon Press
- Juul, J. (1985) *Sjukdomsbegrepp i praktiken* Malmö: Esselte Studium
- Schutz, A. (1975) *Collected Papers I and II* Martinus Nijhoff
- Schutz, A. and T. Luckmann (1973) *The Structures of the Life-World. Vol 1* London; Heinemann
- DsS 1984:12 *Vissa ansvarsfrågor i hälso- och sjukvård*
- Proposition 1978/79:220 *Om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.fl*
- Proposition 1981/82:00 *Hälso- och sjukvårdslag mm*
- SOU 1977:66 *Patienten i sjukvården - kontakt och information*
- SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården.*
- SOU 1984:41 *Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering*
- Svergies Officiella Statistik "Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975"  
*Levnadsförhållanden* Rapport nr 11. Statistiska Centralbyrån