

Hur skall vi hantera sjukvårdskrisen?

Diskussionen kring den svenska sjukvårdens resurser, finansiering och organisation tilltar, såväl inom vården som i samhället i stort. På den nyligen genomförda medicinska riksstämman tycktes dessa perspektiv i många sessioner nästan tränga ut det traditionella medicinska stoffet. Hela sjukvården – läkarna, sjuksköterskorna, patienterna och de anhöriga – upplever en allt starkare press och frustration. Vårdens administratörer och ledare söker nya modeller och lösningar.

Politikerna är villrådiga, och valet som närmar sig gör nervositeten större. I en påtagligt massmediedriven samhällsdebatt leder detta till att larmrapporter med stark genomslagskraft blir ett slags strålkastare som hela tiden växlar belysningspunkt, ger en fragmenterad bild och främst förmedlar en känsla av växande kris. De principiella, långsiktiga och mer övergripande sjukvårdsfrågorna tenderar hela tiden att skjutas åt sidan.

Att det råder en stark press i sjukvårdssystemet är naturligtvis ställt utom tvivel. Efter cirka 10 års teoretisk diskussion kring begreppet prioritering har det nu fått en mera konkret innebörd. Framförallt ser vi påtagligt dynamiken och mekanismerna kring de växande kraven som hela tiden riktas mot sjukvården – hur andelen mycket gamla människor växer, hur den medicinska teknologin i livsförlängande och livskvalitetshöjande former blir en konkret del av vardagen och framför allt berör de äldre.

Den statliga prioriteringsutredningen analyserade detta problemkomplex och slog fast att ingen diskriminering får ske baserad på ålder, kön eller samhällsställning. I det avseendet lever den svenska sjukvården bevisligen upp till högt ställda mål och andemeningen i vår hälso- och sjukvårdslagstiftning om en rättvis och jämlik sjukvård.

De senaste 10 åren har också inneburit en imponerande anpassning av vården till de nya villkoren med växande krav och begränsade resurser. Vårdorganisationen har förmått ändra sitt arbetssätt – effektivisera själva vårdpro-

cessen, inlemma nya metoder och »produktutveckla» på ett sätt som tål jämförelser med de flesta andra samhällsområden. Data om vårdplatser, vårdtider och prestationer ger tydliga besked om detta.

Jämförelser med andra samhällsområden – deras prestationer och produktivitet – är viktiga att göra, men metoden är svagt utvecklad. Man tänker sällan i den typen av jämförelser på att sjukvårdens »produktion» är så mångfasetterad (spektret från högteknologisk tung kirurgi till barnpsykiatri och familjebehandling), sker under så växlande förhållanden (akutvård 24 timmar om dygnet till lång förplanerad elektiv kirurgi) och i grunden har så växlande mål, vilket gör att resultat- och effektivitetsmätning är svår men inte omöjlig. De klassiska läkarreglerna pekar på den breda skala som sjukvården måste använda för att mäta målpuppfyllelse (läkaren skall aldrig skada, alltid trösta och lindra, alltid söka förbättra livet och om möjligt förlänga livet).

Ett av de kanske viktigaste forskningsområdena är att utveckla metoder, tekniker och perspektiv för att redovisa prestationer och resultat – över tiden inom en enhet, mellan vårdenheter över landet och internationellt också mellan sjukvård och andra samhällssektorer. Mängder av arbete och forskning pågår inom detta fält – klinisk forskning, teknologivärdering, kvalitetsutveckling – men det är måhända något splittrat och kräver kraftsamling institutionellt och organisatoriskt och behöver starkare politiskt stöd.

Vården måste alltså kontinuerligt förändra sitt sätt att arbeta för att kunna hantera de växande kraven i förhållande till de begränsade resurserna. Det är den viktigaste åtgärden för att behålla och bevara en hälso- och sjukvård med de höga ideal och målsättningar som den svenska vården har. Det finns indikationer på att vår vårdorganisation hittills har lyckats bra med det.

Den växande pressen och känslan av kris är inte på något sätt ett isolerat svenskt fenomen, den finns i alla västliga länder. Den tycks också vara förvånansvärt oberoende av mängden resurser som sjukvården har tillgång till i respektive land och också tämligen obe-

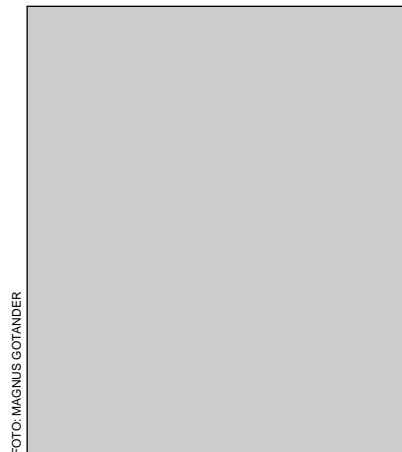


FOTO: MAGNUS GOTANDER

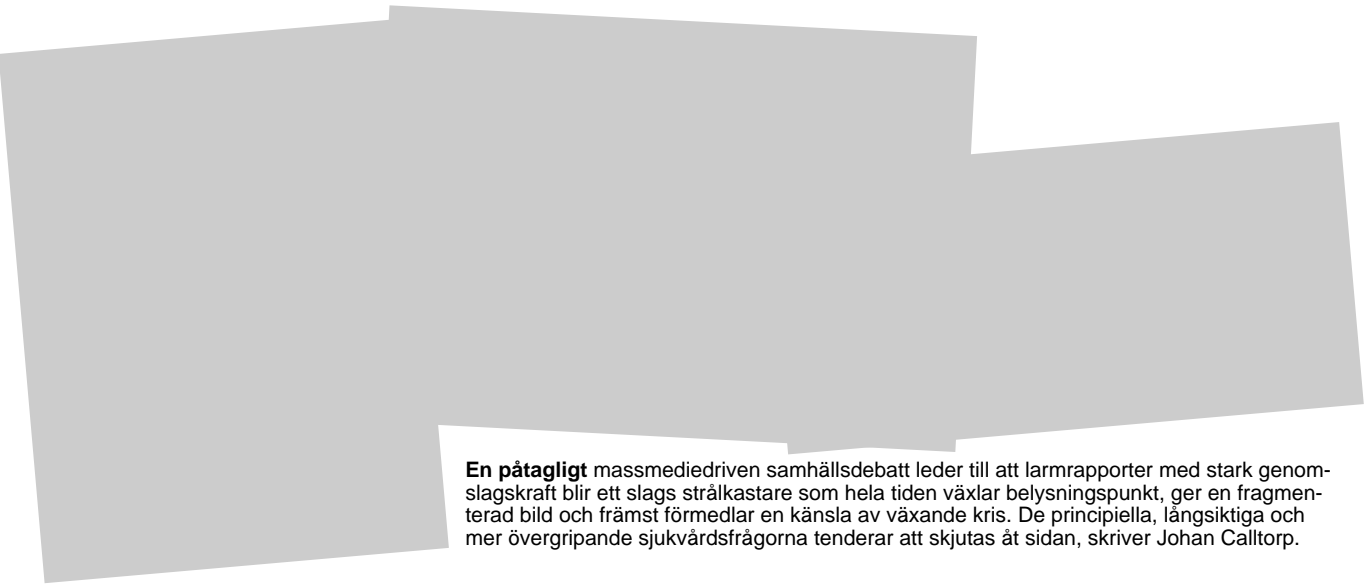
KRÖNIKÖR

JOHAN CALLTORP

professor i hälso- och sjukvårdsadministration, Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, medicinsk redaktör (samhällsmedicin) i Läkartidningen.

”Det gäller alltså mera exakt hur den solidariska finansieringen skall utformas, framför allt mot bakgrund av sjukvårdsfinansieringens funktion att verka mellan generationerna och att omfördela mellan grupper i samhället”

ANNONS



En påtagligt massmediedriven samhällsdebatt leder till att larmrapporter med stark genomslagskraft blir ett slags strålkastare som hela tiden växlar belysningspunkt, ger en fragmenterad bild och främst förmedlar en känsla av växande kris. De principiella, långsiktiga och mer övergripande sjukvårdsfrågorna tenderar att skjutas åt sidan, skriver Johan Calltorp.

roende av sättet att organisera vården. Känslan av kris och hotande sammanbrott tycks vara länkat till just den grundläggande problembilden som faktiskt de olika prioriteringsutredningarna (och andra policydokument) i olika länder summerat.

De kraftiga demografiska förändringarna är kanske den mest grundläggande dimensionen – det som faktiskt var en »befolkningspyramid» i början av 1900-talet är nu snart en jämntjock pelare. Innebörden är att relativt sett färre yrkesverksamma skall »försörja» flera äldre. Vård- och omsorgssystem, liksom pensioner och övriga delar av omfördelningen av resurser framför allt mellan generationerna sviktar – och kommer helt enkelt inte att fungera utan betydande ingrepp och förändringar, om man ser frågan långsiktigt. Detta är den underliggande känslan av oro inför det moderna välfärdssamhällets konstruktion och uthållighet. I sjukvårdens fall är tilltron och förvissningen att man skall få behandling och omvårdnad när man är sjuk och hjälplös den avgörande och djupt personliga punkten för alla.

Förenklat skulle man kanske kunna uttrycka det så att det svenska vårdssystemet hittills visat en stark förmåga till omvandling och anpassning till nya utmaningar på det praktiska konkreta planet (mikronivån, på vårdgolvet) – vården fungerar. Däremot spås en misstro och oro på av att organisations- och finansieringsfrågorna (vårdens makrofrågor) inte diskuteras systematiskt och strukturerat. Sedan 1995 ser vi en våg av snabba organisationsförändringar över landet – fusioner, strukturomvandlingar – som sannolikt är rationella och nödvändiga men som för personal och patienter ändå ter sig hotfulla.

Dessförinnan såg vi mellan 1990 och

1994 framför allt experiment med en ny typ av styrning av vården i form av »köp-sälj»-modeller som prövades i många landsting. Mitt i detta beslutades först om en lagfäst husläkarreform, sedan bröts detta upp och den viktiga kopplingen mellan den basala primära vården och den specialiserade är i dag oklar.

Underliggande i vad man skulle vilja kalla en organisatorisk förvirring är så en reell resursätstramning för det vi sedan länge definierat som sjukvårdssektorn från 9,7 procent av BNP 1982 till cirka 9,0 procent i dag – om man inte tar hänsyn till Ädelreformen och övriga förflyttningar av resurser från landsting till kommuner. Den förflyttningen av personal, patienter och resurser innebär troligen att de som verkar inom sjukvården upplever en ökad press på grund av påtagligt mindre resurser och mindre personal. De som är verksamma inom kommunsektorn upplever en svår arbetsuppgift främst på grund av att kompetensen är bristfällig och patienterna alltför sjuka och vårdkrävande för att den ursprungliga andan och idéerna i Ädelreformen skall stämma.

Olika förslag och inlägg i sjukvårdsdebatten måste ses mot denna ganska komplicerade bakgrund. Det behövs en sortering och strukturering av problemen, och det finns knappast en patentlösning som är svar på alla problemen. Bland de viktigaste frågorna att diskutera är hur vården långsiktigt skall få mer resurser utan att de grundläggande målen om den rättvisa tillgången till vård skall äventyras.

Dessa resurser måste komma från oss alla i någon av formerna skatt, försäkringspremie eller avgift. Det gäller alltså mera exakt hur den solidariska finansieringen skall utformas, framför allt mot bakgrund av sjukvårdsfinansie-

ringens funktion att verka mellan generationerna och att omfördela mellan grupper i samhället. När så en finansiering är säkerställd gäller frågan vem som skall äga vårdenheterna, hur den ekonomiska styrningen skall ske, hur uppföljning, utvärdering och kvalitetskontroll skall ske.

En viktig åtgärd mot sjukvårdskrisen – eller »krisen i sjukvårdsdebatten» – är att strukturera dessa frågor pedagogiskt och begripligt och föra in den kunskapsmassa som faktiskt finns internationellt inom hälsoekonomi, sjukvårdsforskning, medicinsk etik och andra ämnen som berör vårdssystemet som helhet.

En närmare analys av det som hänt under 1990-talet vad gäller experiment och förnyelse av styrning och ledning i svensk sjukvård är också väsentlig. Det är t ex så att den våg av experiment med beställar-utförarmodeller som startade i början av 1990-talet fortsätter och utvecklas, fastän mera i det tysta. Utvecklingen är parallell till den intressanta som skett i Storbritannien sedan 1989. Här samlas erfarenheter som kommer att bli av värde i diskussion och utformning av vårt »nya» sjukvårdssystem. En stark förändring är på väg, experiment och förnyelse pågår. Till en rad av de intressanta delfrågorna finns skäl att återkomma.

Referenser

1. Culyer A, ed. International review of the Swedish health care system. Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, 1992 (SNS-rapport 34).
2. LeGrand J, Robinson R, eds. Evaluating the NHS reforms. London: King's Fund Institute, 1994.
3. Calltorp J. Kan vårdens mål nås i en marknadsmodell? Läkartidningen 1994; 91: 4902-3.