INNEHÅLL

5 Sjukvården i framtidens skugga, *Hans Bergström*

13 Svensk sjukvård i internationell belysning, *Håkan Westling*

16 Hur värderar vi vården? *Magnus Johannesson* och *Per-Olov Johansson*

22 "Hur har du det på jobbet?", *Renée Höglin*

31 Riv reviren för en bättre äldreomsorg! *Annelie Hollo*

36 Nya medicinska metoder i konkurrens och samverkan, *Henric Hultin* och *Silas Olsson*

40 Datorisering — journalskrivandets renässans, *Åke Appelgren*

43 Genforskning — en revolution på gott och ont, *Inger Atterstam*

49 Husläkare, till sist! *Göran Sjönell*

53 Vårt behov av sjukdom, *Karin Johannisson*

58 Den sårade cyklisten, *Bodil Malmsten*

61 Värnamo marknad, *Barbro Beck-Friis*

64 Patienttankar, *Maj Ödman*

SJUKVÅRDEN I FRAMTIDENS SKUGGA

Av fil dr *Hans Bergström,* politisk redaktör på Dagens Nyheter

Jag skriver detta ett par dagar efter att Bill Clinton hållit sitt stora sjukvårdstal inför den samlade amerikanska kongressen. Sjukvårdsutgifterna, som andel av BNP, ska begränsas till 17,5 procent år 2000, mot 19 procent som prognoserna säger att det blir utan systemreformer. Alla amerikaner ska äntligen få försäkringsskydd. För första gången talas det också om den tysta tickande bomben i amerikansk vård: de miljontals gamla som kommer att behöva hjälp på sjukhem, något som enskilda försäkringar inte kan täcka.

Liksom Japan och Tyskland står USA inför en åldringschock, en dramatisk förändring av sin ålderspyramid. Den ska bli som Sveriges. Utsikten påverkar samhällena redan under 90-talet, via den mekanism som statsvetenskapen kallar *"framtidens skugga"*. Individer funderar över sin egen ålderdom. Samhällen upptas av sitt framtida tillstånd. *Det man väntar ska komma existerar nu, som en föreställning och en oro*. Framtiden finns i samtiden. Mekanismen förstärks av millennieskiftet, som föder stora frågor och djupa funderingar. 1997 är ett strategiskt övergångsår i Clintons sjukvårdsplan. Då återstår blott tre år till tusenårsskiftet. Detta är i sig en fiktion, en mänsklig uppfinning i form av tideräkning och talsystem, men med verkan.

När nu ändå presidenten planerar för så stora förändringar, varför angriper han då inte samtidigt huvudproblemet i dagens amerikanska icke-system, nämligen sjukförsäkringarnas koppling till arbetsgivaren? Det är detta som mer än något annat skapar fragmenteringen, de administrativa merkostnaderna, inlåsningseffekterna på arbetsmarknaden, "job lock in", bristen på heltäckning liksom sociala tragedier, som när det företag genom vilket en familj har avtal om försäkring plötsligt går i konkurs just när huvudförsörjaren pensioneras. *"Tradition"*, svarar mina amerikanska vänner bland hälsoekonomer. Genom att inte upphäva kopplingen till företaget bevarar man det som medelklassen vant sig vid. Reformen kommer inte att kännas lika omvälvande och äventyrlig för många amerikaner, som den annars skulle göra. Priset är fortsatt besvärande komplexitet och förfärande dyr administration.

Få i Europa har nog klart för sig den historiska bakgrunden till att USA:s sjukvård fått sin särskilda karaktär. Ta detta med att det är företagen och inte individerna som har avdragsrätt för försäkringsavgifterna. Det hänger samman med andra världskriget. De yngre männen var ute i kriget. Produktionen körde likväl för fullt. Det var ont om arbetskraft. Samtidigt rådde lönestopp, som en del av krigets villkor. Enda sättet för företag att dra till sig arbetskraft i konkurrens med andra var att erbjuda sociala förmåner och därmed kringgå lönestoppet. Sjukvårdsförsäkring för de anställda och deras familjer var det mest attraktiva som gick att erbjuda. Förmånen spred sig. I ett kinkigt skatterättsligt avgörande efter kriget godkändes ett företags framställan att få göra avdrag för försäkringsavgifterna. Därmed bröts den sista barriären. Skattestödet till sjukvården kom att gå via företagen i form av gigantiska avdrag. Detta är nu så etablerat att inte ens en Caesar, som krossar Rubicon (så beskrivs Clintons sjukvårdsplan i Financial Times), vågar göra något åt det.

Jag har startat med USA, därför att det

som händer med amerikansk sjukvård och Clintons planer belyser allmängiltiga förhållanden. Vi kan se våra egna omständigheter lättare utifrån, än när vi betraktar dem från en punkt hos oss själva.

1. Sjukvården är av stor vikt i varje samhälle. Den gäller livet, från det nyfödda till det avsomnade. Den finns i allas vårt djupaste medvetande, som verklighet eller vånda, räddning eller räddhåga, makt eller vanmakt. Den har stort omfång i användningen av resurser, över hela den utvecklade världen. Den blir kraftfält för många delsystem, med skilda perspektiv och handlingslogiker.

2. Sjukvården ligger överallt högt på den politiska dagordningen. Detta följer inte alldeles självklart av punkt 1. Det finns verkligheter, som är existentiellt centrala, utan att vi har en "politik" för dem (som kärleken mellan man och kvinna). Det finns stora marknader, som fungerar utan att folk frågar om dem i val ("mobiltelefonpolitik" begärs inte 1994). Det finns offentliga åtaganden som fullgörs utan särskilt intensiv debatt. Den intensiva politiska debatten kring sjukvården över hela västvärlden speglar att problemen är stora, hos diametralt olika sjukvårdssystem. Av denna iakttagelse följer viktiga slutsatser:

– Det ena landet kan inte hoppas "lösa" sina problem genom att enkelt överta det andra landets system.

– Om man korrigerar en svaghet med ett starkt motmedel är sannolikheten stor att man i gengäld framkallar andra svagheter. Problemens lösningar följs av lösningarnas problem.

– Det finns en tendens till konvergens, ett möte i mitten. Frihetliga system begränsar valfriheten och ökar den administrativa kontrollen. Plansystem beskär monopolen och ökar utrymmet för patientval, experiment och prisincitament. Likväl existerar det inte en "lösning" i mitten. Även länder med sjukvårdssystem mitt emellan det helintegrerade svenska/brittiska och det totalfragmenterade amerikanska har en bekymrad debatt om sin vård och många reformplaner (Tyskland, Nederländerna, Frankrike och Kanada).

– Det här tyder på existensen av grundmekanismer, som skapar en extremt svår ekvation. Vi känner några. Ingenstans accepteras fullprisbetalning från patienten själv för dyra sjukvårdsinsatser som en legitim princip, varför en grundförutsättning för en normal marknad, nämligen priset, är satt ur spel. Begreppen "frisk" och "sjuk" är samtidigt så diffusa att hur mycket "behov" som helst kan framkallas vid en kombination av nollpris, kulturell naivitet och okritiska politiska lyckoambitioner à la svensk "friskvård" och "befolkningsansvar". WHO:s befängda definition lyder: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaro av sjukdom eller handikapp." En sjukvårdspolitik med mål att utplåna ohälsa i denna mening är dömd att misslyckas, dyrt.

– Jakten på det perfekta är hopplös. Sjukvårdssystemet blir aldrig "färdigt".

3. Varje land är starkt bundet av sin tradition, sin historia, sina institutioner, sina fysiska realiteter och sin kultur. Iakttagelsen är på gott och på ont. Starka kulturer kan vara hälsobringande eller hindrande; jämför britternas förtroende för sin "general practitioner" med svenskarnas övertro på stora sjukhus. Har man en god kultur är den ofantligt viktig att söka bevara, eftersom den svårligen kan återskapas om den en gång förstörts. Må det inte gå med den svenska distriktssköterskan och barnmorskan som det gick med provinsialläkaren. Må vi inte tanklöst försöka bryta svenskarnas sunda skepsis mot att springa till läkare i tid och otid eller lättvindigt överge 1900-talets ansvarsfulla alkoholpolitik.

I Sverige har vi en uppsättning sjukhus och vårdcentraler med mera, några hundratusen människor, som är utbildade och erfarna för olika uppgifter under olika generationer. Vi har landsting och kommuner, sjukhem och hemtjänst, skatt och försäkringskassa. Infrastrukturen ingår i vårt arv. Den hade varit annorlunda med andra vägval under historiens lopp. Men vi kan inte bara "besluta" att upphäva vår historia och våra fysiska realiteter. Reformer måste ta hänsyn till vanorna och verkligheten. Även under en övergång från ett system till ett annat måste ambulanser komma och sjukhus fungera. Kaos är inget acceptabelt tillstånd, mitt emellan det existerande, som vi är kritiska mot och det nya som vi hoppas på, bland annat därför att det leder till att reformerna diskrediteras. Å andra sidan ligger det utanför mänsklig förmåga att förutse och planera allt som händer i stora förändringsprocesser; det går alltså inte att undvika ett mått av osäkerhet, att behöva bryta upp utan att säkert veta vad som händer på vägen. Förmågan att lära och korrigera efterhand, är därför central. Balansgången är att orka lyfta från det stelnade, utan att lämna det fungerande. Den är extremt svår, även i en mindre komplex verklighet än den amerikanska. Kulturchocker kan behövas, men kulturlöshet klarar ingen.

4. Fokus skiftar starkt under loppet av en svår process. Amerikanska medier har under flera år varit fyllda av hjärtknipande historier om vad som hänt familjer, som saknat eller mist sitt försäkringsskydd. Likaså av information om hur de dryga

sjukvårdskostnaderna belastar företag och ekonomi. Men så snart en reform lanseras på allvar kommer perspektiven att förskjutas. Det gäller även när den är så skickligt sammansatt och såld som paret Clintons. Nu kommer snyfthistorier från småföretag, som tvingas betala försäkringsavgifter de tidigare sluppit, från sjukhus som hävdar att drivkrafterna för medicinsk utveckling försvagas, från advokater som har sina berättelser om behovet av skadestånd, från delar av medelklassen som befarar höjd skatt och mindre frihet i sitt läkarval. Det som nyss var "utskåpat" kan så plötsligt få många förskönande drag.

Vi upplever samma grundmekanism i Sverige. Förskjutningarna har varit tydliga under det senaste decenniet. Vårddebatten har genomgått tre faser:

- Först rådde den gamla naiva tron på att politiker hade förmåga att styra sjukvården med planer, antagna av landstingen, påverkade av lagar och särskilda ersättningar från riksdagen. Sjukvårdsdebatten gällde dels vilka insatsresurser vården skulle ha, dels problem rörande olika sjukdomar och behandlingar. Ibland förenades de båda aspekterna, och politiska organ beslöt om tilläggsresurser för att sjukvården skulle kunna beta av köer till vissa behandlingar. Nästan ingen problematisering förekom av sjukvårdens inre behandlingslogik; budgettaktik, felvända incitament etc. Få ifrågasatte politiska organs förmåga att via sammanträdesbeslut och budgetanslag styra handlingsmönster hos vårdens professioner och kliniker.
- Så kom en andra fas, som bröt fram de sista åren av 80-talet. Nu erkändes plötsligt planstyrningens förvända incitament och följder. Diskussionen kom att gälla systemens karaktär och logik. För vad ska kliniker få pengar: för prestationer eller för taktiskt agerande i budgetspel? Hur främjar man ett effektivt utnyttjande av dygnets timmar? Hur ordnar man så att långa väntelistor blir en belastning och inte ett ekonomiskt argument för sjukhus? Finns betalningssystem, som belönar kommuner för att ta hand om åldringar, i stället för att låta medicinskt färdigbehandlade i onödan uppta dyra sjukhusplatser? Hur återupprättar man arbetsglädje och moral i det professionella vardagsarbetet? På vad sätt kan nya incitament påverka beteendet där politiska direktiv misslyckats?

Det är en intressant fråga *varför* och *hur* vändningen kom till detta nya fokus på system och incitament.

Ett svar är att bristerna hos den gamla administrativa och politiska styrordningen blev mycket påtagliga, när de förenades med överhettning på arbetsmarknaden och stopp på penningflödet i de offentliga budgetarna. Absurditeterna syntes: årslånga köer till viktiga operationer, samtidigt som dyrbar utrustning stod oanvänd, läkare var lediga i snitt tio veckor om året och var tredje sjukhussäng upptogs av åldringar, som inte behövde vara på sjukhus.

Ett andra svar heter säkert Spri. Systematiska studier av verkligheten — skillnader i operationer per läkare vid jämförbara kliniker över landet etc — gav precision och fakta för debatten och fokuserade frågor om produktivitet och metoder.

Ett tredje och mycket viktigt svar är att verkligheten utvecklades så att alla större aktörer fann skäl att medverka till reformer. De annars starka institutionella hindren i Sverige bröts därmed ner, legitimiteten för det gamla underminerades och en öppning för förändringar skapades, precis som nu i USA. *Politikerna* upptäckte att det var omöjligt för dem att hantera mängden av skilda och motsägande roller och att med de gamla metoderna komma åt sjukvårdens komplexa verklighet. De ställdes mot väggen för varjehanda brister, som de tyckte att de inte kunde påverka hur de än gjorde. Köbidrag infördes men köerna bestod. Den politiska efterfrågan växte på nya mekanismer, som skulle göra det möjligt för politiker att dra sig tillbaka från besvärliga detaljbeslut rörande neddragningar och inre organisationsförändringar. *Administratörerna* hade länge önskat bli kvitt den direkta politiska inblandningen i verksamheten. De sökte autonomi, för att kunna sköta sjukvården professionellt med tydligt ledningsansvar. *Vårdpersonalen* hade i slutet på 80-talet nått fram till en sådan inspirationskris i den offentliga vården att de flesta öppnade sig för varje rimlig reformidé. *Läkarförbundet* startade samtidigt en förutsättningslös utredning, som ledde fram till ett reformförslag som bland annat bryggade över den gamla motsättningen mellan allmänläkare och sjukhusspecialister. Även läkarna gick därmed in för förändring. *Landstingsförbundet* kände sin och landstingens existens hotad av alla angrepp. Man svarade smart, genom att byta position från att ha varit den mest orubblige försvararen av det etablerade systemet till att bli ett centralt forum för reformer, öppen debatt, kritisk granskning och experiment. Förbundet överlevde genom att ta ledningen i reformarbetet. Plötsligt hade nästan alla viktiga aktörer intresse av att främja reformer. Det etablerades och marginellas övermakt bröts. Alla övergav sin traditionella fokusering på insatsresurser och enskilda sjukdomar och började diskutera strategiska reformer, systemets grundläggande design. Så kom den HMO-inspirerade "Dalamodellen", intres-

sant nog med "Röde Börje", den tunge socialdemokraten *Börje Andersson*, som mentor. Så skulle varje landsting visa sig reformsinnat. Så fick vi "Stockholmsmodellen" och på riksplanet Ädelreform och vårdgaranti. Bristerna i den offentliga vården, särskilt i storstäderna, gav samtidigt utrymme för entreprenörer, som City-akuten i Stockholm och Läkargruppen i Örebro. De gav nya jämförelsepunkter och utmaningar.

■ Nu befinner vi oss i en tredje fas, karaktäriserad av att fokus förflyttas från behovet av reformer till problemen med reformerna. De förändringar som genomförts i incitamenten har visat sig vara utomordentligt effektiva för att lösa de problem som drev fram dem. Ädelreformens betalningsansvar för kommunerna, vårdgarantins rätt för den enskilde att ta sina pengar och gå privat efter tre månader, samt betalning för prestationer i stället för insatsresurser till behandlade kliniker — detta har på nolltid avskaffat 80-talets operationsköer och frigjort en enorm ökning i produktivitet. Men när ett problem försvinner, som operationsköerna, innebär det att uppmärksamheten i stället går över på något annat. Fokus flyttas från det gamlas svagheter till det nyas genomförande, följder och avigsidor.

I genomförandet finns massor av svåra designproblem, som det ännu inte ges färdiga svar på. Hur ska kontrakt skrivas, kostnadskontroll kunna förenas med valfrihet, vettig kvalitetsgranskning säkras, nyckelinformation för jämförelse sammanställas, ersättningssystem utformas, och så vidare? En del av dessa frågor borde ha ställts även i det gamla systemet, men det nya aktualiserar dem och kommer därmed att förknippas med osäkerheten kring dem. Alla som finns i en viss verksamhet hatar osäkerhet om grundvillkoren. Genomförandet innefattar därför ett slags Jeltsinproblem: nästan alla var *för* reformer, men när stök och famlande präglar övergångsfasen övergår många till att åter prisa det gamlas trygga stabilitet.

Det nyas *följder* är bland annat att en stor överkapacitet på akutsjukvårdsplatser framträtt; överkapacitet i kombination med prestationsersättning leder till en både ekonomiskt och medicinskt farlig volymexpansion, "supplier induced demand", kanske rentav med hjärtoperationer i onödan (gränsvalen mellan att operera och avstå är långt ifrån självklara). Därför, och för att frigöra resurser för andra delar av vården, måste de politiska organen förmå att snabbt minska överkapacitet. Därmed uppstår nu svåra stormar kring nedläggning av akutsjukhus, eller i vart fall förändringar i deras funktion. Själva framgången skapar alltså nya strider och ny hård kritik.

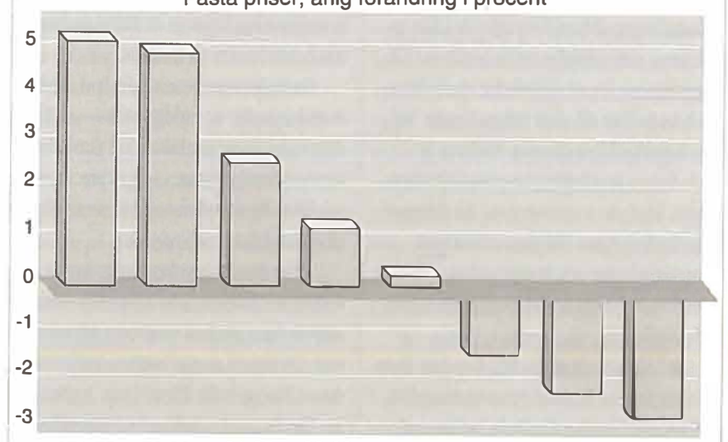
Det nyas *avigsidor* är bland annat att ersättningssystem, grundade på DRG och internprissättning av lokaler och kringtjänster, tenderar bli krångliga i vardagspraktiken, särskilt om man avgränsat enheterna fel så att även avdelningar och kliniker som samspelar intensivt måste ägna en massa energi åt att interndebitera varandra i stället för att samarbeta informellt. En annan avigsida finns i Ädelreformens betalningsansvar, som har verkat snabbare i ena ändan (hemtagningen) än i den andra (utbyggnaden av äldreomsorgen).

Ett generellt problem är förstås att systemomläggningarna har genomförts under ett ekonomiskt krisskede när de totala ekonomiska resurserna minskat. Landstingens kostnadsutveckling har utvecklats som framgår av diagrammet.

Minskningen av det ekonomiska utrymmet är inte en konsekvens av reformerna; snarare har den kärvare ekonomin bidragit till behovet av reformer. Likväl finns det en tendens att reformerna får skulden för ned-

Landstingens kostnadsutveckling

Fasta priser, årlig förändring i procent



Källa: Landstingsförbundets ekonomiska avdelning

* justerat för Ädelreformen

dragningarna. Få orkar skilja olika variabler från varandra och dessutom tänka kontrafaktiskt: *vad hade hänt om de nya mindre anslagen använts i de gamla systemen med den låga produktiviteten?*

Summan av allt är en otvetydig "backlash" för det nya marknadstänkandet. Bakslaget i diskussionen är säkert indirekt påverkat av reaktionen på kreditavreglering, taxiavreglering, bank- och fastighetsskandaler, som åter gett begreppet "marknad" en mer negativ klang. Marknad har i mångas medvetande blivit lika med finansiella transaktioner. "Köp/sälj" är de flesta vårddebattörers beteckning på nya incitamentsystem. Detta innebär en grov förvanskning. Valet mellan "köp/sälj", i meningen kontrakt mellan upphandlande offentliga organ och vårdproducenter, och *kundvalssystem,* som ger starkare valmakt åt individerna är i sig en öppen fråga. Men vad de flesta framförallt förbigår är att inslag av "marknad" har en rad andra viktiga syften och egenskaper än ett nytt sätt att skyffla pengar:

a) Ett öppnare system ger större utrymme för *experiment* och entreprenörer, som kan vitalisera vården, ge nya exempel och impulser; marknadens viktigaste egenskap är dess experimentella natur.

b) Flera oberoende producenter stärker individens makt genom att ge honom *möjligheter till bortval,* "exit"; som maktutredningen visat är detta ett av de främsta kriterierna för individens grad av makt, om han har möjlighet att gå någon annanstans när han är missnöjd med det han först valt.

c) Etableringsmöjligheter för entreprenörer och bortvalsrätt för individen skapar ett *yttre tryck* på sjukhus, kliniker och vårdcentraler, som motverkar deras inre förstelning. Varje organisation har en inneboende tendens att sluta sig i sig själv, sina fackliga förhållanden, sina bekväma arbetstider, sina schemata, sina inbyggda vanor. Endast existensen av ett yttre tryck, en nödvändighet för den egna överlevnaden att vinna acceptans och gillande från dem man ska tjäna, skapar en systematisk motkraft. Kundernas möjlighet till bortval är den mest effektiva kända metoden för att åstadkomma detta. Inte många behöver utnyttja rätten för att den ska påverka beteendet. Det räcker långt att alla vet att den finns där, om man missköter sig i prestationer och serviceanda.

❖

Vid årsskiftet 1993/94 befinner vi oss alltså i ett läge, där stora systemreformer påbörjats, där de nya incitamenten visat sig lösa centrala delar av 80-talets problem, där dock många problem följt i deras spår och där ett bakslag för marknadstänkande i vården inträtt. Vad väntar nu, utöver att bl a Spri har svåra återstående uppgifter med att upprätta de nya informationssystem m m, som reformerna kräver?

Jag ska här inte gå in på de stora utredningsfrågorna. Utredningen om sjukvårdsmodeller (primärvård, landsting eller försäkring som bas) tror jag inte leder just någon vart, av samma traditionsskäl som gör att Clinton inte kan frigöra det amerikanska sjukvårdssystemet från den gamla kopplingen till företagen. Utredningen om vårdens prioriteringar har enligt min mening sin bakgrund i feltänkande, däribland okritisk import från den amerikanska debatten.

Låt mig peka på några frågor och perspektiv, som jag tror blir stora, eller behöver beaktas, under de kommande åren:

■ *Landstingsmodellens eventuella återupprättande.* De nya systemen för ersättning per prestation, i stället för pengar oavsett prestation, var ett framsteg i förhållande till den plankultur som hade utvecklats. Den stimulerade fram en drastiskt ökad produktivitet, som politiker och förvaltningsledningar omöjligen kunde beordra fram med den gamla budgetstyrningen. Den fungerar också som en slags straffavgift på läkares sammanträdande och frånvaro; kliniker har med de nya betalningssystemen inte råd att ha huvudpersonerna borta på sidoaktiviteter mesta tiden. Den åstadkom en kulturförändring som var viktig: man måste börja titta efter kunder och intäkter, kostnader och effektivitet. Men detta betyder inte att prestationsersättningen är sista ordet. Den har också betydande negativa sidoverkningar. Beräkningsgrunderna i system av typ DRG bygger på historiska förhållanden, som ständigt ändras med den teknologiska utvecklingen. Drivkrafterna blir starka att öka volymen behandlingar, och det kan vara lika svårt att bromsa detta med administrativa metoder, som det tidigare var att höja produktiviteten med politiska beslut. Inom de delar av vården där omvårdnad är viktigare än behandling, tid är en kvalitet och inte en kostnad, är prestationsbetalning mycket problematisk. Cancervård, psykiatri, äldrevård är tre exempel på mycket tunga sådana vårdområden.

Med formuleringen "landstingsmodellens återupprättande" menar jag inte att vi bör återgå till landstingsmonopol och politisk detaljstyrning av vården. Det jag avser är att det integrerade ansvaret för olika vårdled kan behöva återskapas i nya former.

Vårdorganisatoriskt sett kan de svenska landstingen faktiskt beskrivas som en slags HMO-organisationer, som har ett kontrakt med individen för att med hjälp av sina olika vårdled åstadkomma bästa möjliga resultat till rimlig kostnad. De är i princip vad Clinton nu avser göra till huvudmodell för USA, "managed care", administrerad vård för att hålla koll på kostnader och få vårdinsatsen på rätt nivå. Olika vårdled är inte motparter utan ingår i samma organisation. Vårdincitamenten är så knepiga, hur man än lägger dem, att det inte går att undvara också administrativa styrmedel för den interna organisationen, för rationaliseringar och för samspelet mellan olika delar av vården. Men individen måste då ha rätt att välja mellan konkurrerande kontrakt, olika "hälsoplaner". Och de ska vara professionellt ledda, inte politiskt. Landstinget kan kanske erbjuda ett sådant samlat kontrakt, Praktikertjänst ett annat, Skandia ett tredje. Utredningsgruppen *"Den nya välfärden"* har under ledning av förre generaldirektören på Riksrevisionsverket, *G Rune Berggren* utformat ett konkret förslag till sådana konkurrerande hälsoplaner för svensk miljö.

■ *Nya betalformer.* Hur effektiv är vården? Frågan kan diskuteras i fyra led:
- *medicinsk effektivitet* (behandlingarnas kvalitet och resultat);
- *klinikeffektivitet,* eller intern effektivitet (hur rationellt de enskilda enheterna fungerar, t ex vad man får ut av prestationer från läkarna, hur väl man använder veckans timmar, sin kapitalutrustning och sina lokalytor);
- *struktureffektivitet* (i vad mån vården har en förnuftig fördelning mellan t ex äldreomsorg, allmänläkare, medicinförbrukning och specialiserade sjukhusinsatser);
- *allokeringseffektivitet* (huruvida sjukvården får den andel av ett samhälles samlade resurser, som gör att den bäst bidrar till medborgarnas allmänna välfärd, med hänsyn tagen till andra krav och behov som också måste tillgodoses).

Utmärkande för Sverige under 80-talet var ganska god medicinsk effektivitet, mycket låg klinikeffektivitet, relativt dålig struktureffektivitet samt god allokeringseffektivitet (de samlade utgiftsökningarna för sjukvård hade hejdats). En del återstår att göra på de tre först nämnda nivåerna: säkra undervisningssjukhusen och därmed att Sverige hänger med vid den medicinska forskningsfronten, korrigera de reformer som genomförts så att inte klinikmoralen åter förfaller, förbättra äldrevården och det första vårdled som nu kallas "husläkare" samt anpassa vårdens struktur till det minskade behov av vårdplatser på sjukhus, som bl a följer av genombrottet för dagkirurgi. Men frågan är om inte den fjärde nivån, de totala resurser som avdelas för vården, nu kan komma att bli omvänt problematisk. Risken finns att vi har betalformer, som ger vården mindre finansiella resurser än vad medborgarna skulle önska, vid en rättvisande vägning mellan olika anspråk.

Vården betalas i allt väsentligt med skatt. Staten dras med stora egna underskott och minskar sitt bidrag till kommuner och landsting. Landstingen har nästan bara en verksamhet att skära i när finanserna är usla, och det är de inte bara på grund av svag samhällsekonomi idag, utan även på grund av ett besvärande arv i form av eftersläpande investeringar och löneutveckling i den egna verksamheten. Kommunerna har också finansiella svårigheter och därtill ekonomiskt ansvar för en grundskola, som under loppet av 90-talet får se årskullarna öka med 30 procent, samtidigt som undervisningsskyldigheten skurits ner för lågstadielärarna. Min fråga är: klarar vi åldringsvården, med ett fortsatt växande antal svenskar över 85 år, utan nya finansieringsformer? Jag tror inte det, och jag är övertygad om att vi här måste var kreativa. Mer av privat konsumtionskraft måste få riktas mot angelägna sociala tjänster. Årsprenumerationen för en husläkare, på långt mindre än tusenlappen för de yrkesaktiva, bör vi få betala själva, utan att det går via skatten. Trafikförsäkringen bör måhända få täcka trafikskador. Det nya pensionssystemet borde inkludera även försäkring för långvårdstjänster, som därmed skulle få buffertfonder att ta till vid demografiska och ekonomiska årsvariationer. Rimliga avgifter måste tas ut. Privata byggföretag i svårigheter efter 80-talet borde förmås att se de gigantiska nya behoven av äldreboende med inbyggd vårdservice, kanske i form av bostadsrätter, där de många gamla som kommer att sitta på hyggliga förmögenheter kan använda dessa för ett tryggt äldreboende, som inte är offenligt. Skatteutrymmet bör befrias från allt som inte behöver betalas med skatter; ATP, sjukförsäkring, arbetslöshetsförsäkring bör ges klarare försäkringskaraktär och i stor utsträckning betalas med egenavgifter.

■ *Vårda vårdens goda kulturer.* När vi väl prövat olika slags förändringar av system och incitament i sjukvården kommer vi att finna att de har stora verkningar, men att kvar står en stor sfär som måste formuleras i termer som etik, kultur och moral. Denna sfär är förvisso inte oberoende av systemen. Rätt incitament kan innebära att moralen stärks, arbetsglädjen återvänder, teamen fungerar bättre med säkrare vana och gedignare kvalitet. En god traditionell kultur kan, omvänt, göra att organisationen klarar att hantera starka ekonomiska incitament utan att missbruka dem (Sophiahemmet). Jag tror vi måste tala mycket mer medvetet om hur de goda kulturerna skapas, bevaras och eventuellt förstörs. Vad hände till exempel med läkarna på 70-talet? De hade från början starka incitament att ägna sig åt patientarbete. Men så avskaffades varje inslag av prestationsbetalning, deras autonomi begränsades, deras status i samhällets devalverades, deras relativa löner sänktes och deras marginalskatter chockhöjdes till 80-85 procent. Som ett slags bekräftelse på den nya riktningen träffades 1979 års jourkompensationsavtal, där belöningen utgjordes av att läkarna skulle hålla sig borta från sitt jobb stora delar av året. Hur bryter man därefter sammanträdes-, konferens- och ledighetskulturen och återupprättar närvaro- och arbetsglädjen?

Frågan om kulturerna är central också för synen på entreprenörer. När vi talar om behandlingar i vården rör vi oss med en förhållandevis teknisk verklighet. Men på omvårdnadsområden som cancervård och åldringsvård består vårdkvaliteten i mycket hög grad av personernas inre drivkrafter och empati. De kan växa i olika miljöer, men ofta starkast när en person med en kraftfull idé och personlighet samlar medarbetare omkring sig. Det är dessa vi kallar entreprenörer. De svartmålas för närvarande. Likaså är belöningen liten till de kvinnor, avdelningsföreståndare och andra, med vilka den goda disciplinen och kulturen inom den offentliga omsorgsvården står och faller. Löneskillnader är borttagna och andra belöningsmekanismer misstänkliggjorda. Effekterna av detta måste fokuseras och det felvridna korrigeras. Det fordrar bland annat större lönespridning, grundad på kompetens och ansvar, och en mycket större medvetenhet i offentliga vårdkontrakt med entreprenörer om småföretagandets och entreprenörskapets själ, däribland behovet av en ganska stor autonomi i genomförandet av en idé. En ny uppmärksamhet på kulturernas betydelse kan också hjälpa oss att inte av obetänksamhet förstöra det goda som finns. Jag har redan nämnt yrkesstoltheten och självansvaret hos kåren av distriktsköterskor och barnmorskor. Och varför fortsätta att minska andelen småföretagande privattandläkare?

Det finns också anledning att uppmärksamma frågan om ansvarigheten i de nya styrsystemen. Läkarna har en läkaretik. Politikerna har en väljarrelation. Patienterna har ansvar för sig själva. Men till vad relaterar sig vårdadministratörer, som förhandlar med varandra inom ramen för semioffentliga landstingsbyråkratier? Om man avskaffar den gamla politikerrollen, utan att lägga valmakt hos patienterna finns en risk att avgörande beslut med stor etisk innebörd fattas av administratörer, utan klar förankring i någon etisk miljö eller något tydligt ansvarssystem.

■ *Tilltro till individen.* Människor har ett egenansvar för hur de brukar sina liv. De har också normalt förnuft och förmåga, om de bara tilltros viktiga frågor. Som *Richard B Saltman* påpekar i boken *"Patientmakt över vården"* (SNS 1992) finns två huvudtyper av val i vården: *logistiska val* (val av läkare, sjukhus eller hälsoplan) och *behandlingsbeslut.* För att logistiska val ska bli möjliga och meningsfulla måste tre villkor uppfyllas: a) patienten måste få information om alternativen, b) patienten måste ha rätt att välja och c) patientens val måste få intäktskonsekvenser för det han väljer till, respektive väljer bort. Det nya är att en rad studier och försök har gjorts på senare år med informerade patientval, också när det gäller behandlingsbeslut. Patient och läkare ser till exempel en video tillsammans om hur ett ingrepp går till, och vad som är fördelar och risker med olika slags behandlingar. Det entydiga resultatet av de försök som gjorts är att patienter är mindre riskbenägna och mindre interventionistiska än läkare. Vi tycks här se en hälsoparallell till vad som länge varit känt om pengar. Man är beredd att ta större risker med andras pengar än med sina egna (till exempel i rollen som kommunalpolitiker eller bankman). Den risk en osäker läkare uppfattar är ofta att bli anklagad i efterhand för att inte ha gjort tillräckligt; alltså tenderar han behandla för mycket.

Även i synen på överbehandling under livets slutskede är människor i de allra flesta fall förnuftiga och realistiska. De vill ha bästa möjliga lindring mot smärta för sig själva och sina anhöriga, inte ett in absurdum förlängt liv. Att nå bättre resultat mot smärta är vad människor mer än något annat önskar som framsteg i vården. De flesta är inte rädda för dödens tomhet, alla fasar för döendets plåga.

De 40-talister som fyller 60 på löpande band, sedan champagnekorkarna smällt på nyårsafton 1999, kommer inte att finna sig i att "vara föremål för behandling". Vårt auktoritetsuppror kommer att fortsätta. Vad vi ställer till med i äldrevård och äldrelevnadsmönster vet vi inte än, men mycket blir det. Varje diskussion om framtidens vård-Sverige måste utgå från att individer begär delaktighet i det som gäller deras eget liv, på ett helt annat sätt än förr. Och ingenting tyder på att det behöver leda till mer av över-

behandling och övertro på läkekonsten än ett system styrt av politiker- eller läkarauktoritet, snarare till mer av informerad egenvård. Men det ställer helt nya krav på de informationssystem, som bl a Spri har anledning att engagera sig i.

■ *Begrunda följderna av teknologigenombrott.* Det är alls icke givet att den medicinska utvecklingen driver upp kostnader. För det riktigt dyra, som transplantationer, kan det finnas naturliga begränsningar (som mindre tillgång på organ, på grund av hårdare säkerhetskrav i trafiken). Kirurgins utveckling tycks i huvudsak leda till förenklade ingrepp, med reducerade risker och behov av att ligga på sjukhus. En fördyrande effekt ligger dock i att ingreppen med framgång kan göras högre upp i åldrarna, just därför att de inte är lika påfrestande som förr. Det är oerhört viktigt att följa konsekvenserna av den medicin-tekniska utvecklingen. Mot benskörhet kommer nu mediciner, som gör att äldre kan klara sig mycket längre i hemmet än tidigare. Antag att man dessutom skulle få ett genombrott när det gäller att förebygga demenssjukdomar. Två sådana förändringar i kombination skulle ge ett helt nytt perspektiv på omfattningen av behovet av flerårigt boende på sjukhem.

Den biologiska och genteknologiska forskningsrevolutionen förbereder överraskningar. Det är inte säkert att allt måste bli värre och dyrare. Däremot är det säkert att mycket kommer att bli annorlunda ...

Sjukvården präglas idag av stora förändringar och genomgripande reformer. En spännande tid och en tid av oro!

Sprida – tankar om vården är vårt bidrag till debatten. Ett trettiotal personer – forskare och vårdpersonal, tidningsfolk och poeter – reflekterar över utvecklingen. Ta del av såväl oroande och kritiska tankegångar, som positiva och förväntansfulla visioner ...

Kontakta Spris förlag
Vi tar emot beställningar. Fråga även efter *Spris publikationer* – en samlad förteckning över utgivningen.

Abonnera på *Spri Informerar* – 10 nr/år, gratis.

Spris förlag, tfn 08-702 46 00, fax 08-702 47 00.

Spri rapport 360
Pris 60:– exkl moms
ISSN 0586-1691

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut
Postadress: Box 70487, 107 26 Stockholm
Besöksadress: Hornsgatan 20
Telefon: 08-702 46 00. Telefax: 08-702 47 99

Sprida [TANKAR OM VÅRDEN]

Projektgrupp Sprida 1993
Marie Hansson (projektledare)
Ingemar Eckerlund, Carin Gavelin, Annelie Hollo

Författarna svarar för innehåll
och sakgranskning av respektive artikel

❖

Text- och bildredaktör: Marie Hansson
Grundlayout: Tandemkreatörerna
Sättning & montage: Spris förlag
Omslag: Lars Skarbövik
Illustrationer: Klas Fahlén (sid 58–60)
Ulf Frödin (sid 18–20)
Henry Johannes (sid 38)
Eva Lindström (sid 62–63)
Robert Nyberg (sid 65)
Annika Röhl (sid 8, 46)
Lars Skarbövik (sid 1, 23–29, 41)
Helena Willis (sid 3, 32, 34)
Foto: Ulla Lemberg (sid 22–29)
Tryckning: AB Danagård Grafiska

© Spri, Stockholm 1993
Spri rapport 360
Projektnummer 31043
ISSN 0586-1691

Citera oss gärna — men kontakta först Spris förlag

BOTEMEDEL

Medicinmannen avbröt sin heliga dans
och avgav sin dom och princip:
”Den onde, den onde med horn och med svans
förskaffar ens mage dess knip.”

Kloka gumman tog ordet på stående fot,
hon yttrade sakligt och kallt:
”Rabarber, rabarber ger troligen bot
och ricinolja hjälper mot allt.”

Farbror doktorn han klämde på ömmande buk,
han ställde en rätt diagnos:
”Om hon äter för mycket blir människan sjuk.
Då får människan gastropsykos.”

Tänk, djävulen hörde precis vad de sa
och han log på sitt elaka sätt:
”På torsdag, på torsdag ska magen bli bra
och alla ska då ha fått rätt.”

Alf Henrikson