

D

Både vänster och höger blundar för sanningen: att framtidens vård inte är finansierad. Det finns bara tre alternativ: ransonera, chockhöja skatterna – eller låta fler patienter betala ur egen ficka.

Av **Björn Ramel**

Läkare och ledarskribent på *Sydsvenska Dagbladet*

Foto av Fredrik Sweger

EN MENTALA klyftan mellan maktens korridorer och medicinens kliniker är avgrundsdeep. I de första härskar ideologi och subjektivitet, i de andra exakthet och vetenskap. Eller: slips där, Birkenstock här.

Inte underligt att vården är ett svårstyrt pastorat. Och att en del läkare värjer sig för sjukvårdsdebatten. Nog är den en smula egendomlig.

Många medborgare klagat över dålig service, som vore väntetider bästa sättet att mäta valutans för skatten. Från högerhåll beskrivs sjukvården ofta som en tillväxtbransch. Men hur detta hänger ihop med målet om fortsatt vård efter behov, i en offentligt finansierad sektor med begränsade resurser, får ingen förklaring. Till vänster står folkhemsnostalgiker, drömmer om mer skattemedel och fräser över profit och gräddfiler. Som vore vården, inte bara i teorin utan också i praktiken, ett reservat av jämlikhet.

ATT DESSA TRE perspektiv ägnas så mycket utrymme i samhällsdebatten påminner lite om att klaga över komforten i en

tunna på väg ut över Niagarafallen. För den verkliga ödesfrågan står helt i skuggan: hur resurserna ska räcka för morgondagens behov. Beräkningar från Sveriges kommuner och landsting, SKL, tyder på ett underskott motsvarande 30 procent av kostnaderna år 2030.

En orsak är den demografiska utvecklingen. Befolkningen åldras och skattebasen krymper.

Dessutom förväntas medborgarnas krav på god hälsa och vård tillta, och den medicinska behandlingsrepertoaren expandera. Delvis enligt principen "naturligt igår, sjukligt idag".

Många patienter jag träffar som inhopande läkare på vårdcentraler går inte till doktorn för att de mår dåligt. De önskar mediciner mot riskfaktorer som övervikt, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Det är svårt – kanske inte heller önskvärt – att se hur denna medikalisering ska hejdas.

Vårdpersonalens möjligheter att leva upp till förväntningarna är redan små. När budgetårets slut närmar sig saknas på vissa håll pengar för dyrbara läkemedel. Patienterna har, som en kollega uttryckt saken, blivit våra största fiender. Dessutom leder stress, återkommande omorganiseringar och låg lön till karriärbyten – nästan fyra av tio med eftergymnasial vård- och omsorgsutbildning arbetar med andra uppgifter.

JAG MINNS EN vårdcentral i norra Sverige, likt många andra befolkad av tillfälliga stafettläkare sedan de fasta tackat för sig. I det murriga fikarummet hade någon listat tio saker som kunde förbättra stämningen. "Berätta en rolig historia", stod det överst.

112, VAR GOD DRÖJ





En framtidsbransch?

Uppmuntrande anekdoter behövs även på andra sidan skranket, i väntrummen och i telefonköerna. Anmälningar om felbehandlingar till HSN, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, har femdubblats sedan 1980. Befolkningens förtroende för sjukvården har länge varit högt jämfört med andra sektorer, men har fallit.

Samtidigt tecknar allt fler en privat sjukvårdsförsäkring för att slippa långa köer. Enligt SVT:s *Aktuellt* rör det sig om

260 000 personer, 50 procent fler än för bara två år sedan. En OECD-studie av vården i 21 länder visade att Sverige tillsammans med USA, Portugal och Finland hade den mest ojämna fördelningen av läkarbesök i relation till inkomst.

ALLTIHOP ÄR TECKEN på klasskillnaderna i det sjukvårdssystem socialdemokraterna byggt upp och i huvudsak vill bevara. Jämlikheten finns bara i teorin.

Sjukvårdens framtid och organisation har varit föremål för åtskilliga utredningar, senast hos den så kallade Ansvarskommittén. Men de stora frågorna syns förvånansvärt lite i diskussionerna om vården. Mycket strandar i populism, förenklingar eller historielöshet.

Som när författaren och debattören Åsa Moberg, i en för övrigt intressant text i antologin *Vinst* (Verbum

2007), hävdar att vårdbranschen bara kan "utvecklas om den får göra vinster".

Faktum är att den svenska sjukvården under en lång följd av år levererat en på många sätt allt bättre och allt mer omfattande vård, trots frånvaron av nämnvärda ekonomiska incitament. Tack vare skonsammare och effektivare operationsteknik har antalet gråstarrsoperationer tredubblats på nästan tio år. Dödligheten i kranskärslssjukdomar minskade med 40 procent från 1987 till 2002, inte minst tack vare bättre sjukhusvård.

Till sin hjälp har landstingen och dess personal onekligen haft en vinstdriven teknik- och läkemedelsindustri. Men Sveriges vårdapparat har knappast varit sämre än andra länders, med större vinstintresse, på att dra nytta av medicinska landvinningar.

OM DETTA VITTNAR också allmänhetens höga krav, ibland gränsande till det orimliga. Som när en tvåbarnsmamma härom året förklarade i *Expressen* att familjen skulle tvingas flytta om akutmottagningen lades ner: "Har man ansvar för två små barn känns det otryggt att närmaste akutmottagning ligger en timme bort." Eller när BB-krisen slog till i Stockholm för ett par år sedan och föräldrar klagade över att de fick åka fyrtiofem minuter för att föda.

Inför detta förväntningarnas missnöje kan det vara värt att notera att det aldrig varit så säkert att föda barn som i Sverige i dag, som hälsoprofessorn Hans Rosling påpekat. Och att svensk sjukvård håller hög internationell klass och är jämförelsevis kostnadseffektiv, enligt statis-

tik från OECD och *Euro Health Consumer Index*.

Mycket kan och måste förstås bli bättre om systemet ska överleva. För att lyckas krävs realistiska förväntningar på vården och dess resurser. Men realism är inte alltid politisk hårdvaluta.

Således föreslog socialdemokraterna i Halland nyligen att frågan om en avgiftsfri vård utreds.

"Det kan vi vinna röster på i valet 2010", förklarade riksdagsmannen Hans Hoff i *Hallands Nyheter*.

Inför höstens val lovade borgerliga partier i Region Skåne runt – de närmast verkningslösa vårdgarantierna skulle förbättras. Väl vid makten tvingades de skära i budgeten med 600 miljoner för undvika ett underskott. Bara var femte vårdcentral lever upp till vårdgarantin, enligt Radio Malmöhus.

LÖFTEN SOM INTE infrias parat med långa väntetider är onekligen en bra mix för att stärka den privata sjukförsäkringsmarknaden. Och att urholka idén om gemensam finansiering.

Signifikativt är att svensk hälso- och sjukvårdslag saknar tydliga och formellt utkrävbara rättigheter för patienten. Som situationen är i dag måste alltid någon annan – politiker, byråkrater eller vårdpersonal – sanktionera den vård som en patient efterfrågar. Det gemensamma fördelas solidariskt efter behov, inte efter vem som kräver mest. En djupt rotad princip, men inte utan nackdelar. I Sverige säljs exempelvis hörapparater för under 400 miljoner kronor årligen och glasögon för 5 miljarder, skriver Åsa Moberg i *Vinst*. Inte så mycket för att svenskarna hör

bättre än de ser, utan för att ögon tillhör det privata medan öron sköts av landstingen. Nya brillor går att skaffa på någon dag, en hörapparat kan ta månader eller år att få.

FÖRVISSO HAR EN del gjorts för att öka kvaliteten, effektiviteten och patienternas inflytande i svensk sjukvård sedan 80-talet. Reformerna har avlöst varandra: Stockholmsmodellen, Dalamodellen, Värmlandsmodellen, köp- och säljsystem, resultatenheter, prestationsersättning, Ädelreform, vårdgarantier och valfrihetsreform. Men många har misslyckats eller bara genomförts på ytan.

Utbredda föreställningar om vården och hur den bör organiseras behöver utmanas. Ett tankeväckande exempel, i mindre skala, är den öppna bröstmottagningen på universitetssjukhuset i Malmö. Mottagningen rymmer kompetenser från olika specialite-

"När budgetårets slut närmar sig saknas på sina håll pengar för dyrbara läkemedel. Patienterna har blivit våra största fiender."

ter och ger kvinnor med knöl i bröstet möjlighet att undersökas utan remiss och få en diagnos på två timmar – en process som normalt tar 42 dagar. Resultat: mindre oro för många kvinnor och frigjorda resurser, rapporterar Nutek. Det strider mot erfarenheten att tillgång till specialistvård måste begränsas för att undvika överkonsumtion.

Vore det alltså bättre om jag som läkare omedelbart tillgodoser patienters önskemål om remiss i stället för att streta emot för att jag inte finner hänvisningen medicinskt motiverad? Den reflexen, att begränsa vårdkonsumtionen, sitter djupt hos de flesta läkare sedan det ekonomiska tänkandet bredde ut sig på 90-talet. Budgetperspektivet gör sig påmint i snart sagt varje patientmöte. Hur många blodprover är motiverade? Vad kostar de? Är en datortomografi nödvändig? Erfarenheterna från Bröstmottagningen antyder att det i vissa sammanhang kan ha fördelar med lägre spärrar.

VISSA FORSKARE TROR också att det går att minska överkonsumtionen genom att öka patientinflytandet och informationen. Det kan ligga en del i detta: alla som arbetat i vården vet att patienter som är inför-

stådda med fördelar och nackdelar med olika alternativ har lättare att ta till sig en medicinsk bedömning. Det kräver förstås att det finns tid att förklara, tid som ofta saknas. Och när tiden inte räcker till lämnar patienten läkaren rådvill och orolig, önskar sig fler bedömningar, fler undersökningar och så vidare i en olycklig spiral.

Kan en ökad privatisering, med vinstdrivna sjukhusentreprenörer, vara ett sätt att effektivisera och minska glappet mellan resurser och behov? Teoretiskt ligger det nära till hands att tro att privata, icke-offentliga

vårdgivare kan stå för välbehövligt nytänkande.

Men enligt docent Claes Rehnberg, Medical management center vid Karolinska institutet, finns få svenska studier som jämfört kostnadseffektiviteten hos privata och offentliga vårdgivare. Och undersökningar från utlandet har gett blandade resultat.

Viktigare än driftsformen, tror han, är utformningen av ersättningssystemen. På många håll spelar budgetanslag och antalet patientbesök fortsatt en stor roll, vilket sannolikt inte gynnar effektivitet och kvalitet. Det viktiga för patienten, och därmed vården, är rimligen inte att något gjorts, exempelvis en höftoperation, utan resultatet, att den nya höften fungerar.

MED FLER PRIVATA inslag finns även en risk att kostnaderna drar iväg. I USA kostar sjukvården nästan dubbelt så mycket som i Sverige, räknat i andel av BNP, utan att amerikanernas hälsa för den skull är bättre.

En sak är att öka mångfalden bland vårdgivare. Något annat, som den borgerliga alliansens "startlag" också medger, är att patienter som betalar med privata medel, exempelvis sjukvårdsförsäkringar, får behandlas av privata vårdgivare. Det lär öka tillväxten i vården, såvida fler tecknar egna försäkringar. Och rent matematiskt lösa det framtida finansieringsproblemet.

Men så verkar regeringen inte se på saken. Tvärtom hävdar socialminister Göran Hägglund (kd) att hans uppgift är att se till att ingen behöver privat sjukförsäkring. Samtidigt som han öppnar upp marknaden för dessa. Det är också osäkert om vårdenheter kan hålla isär köerna för privat respektive offentligt betalande patienter. Annars uppstår gräddfiler, som oppositionen varnar för.

MEN MAN KAN undra om det är rimligt att kringskära möjligheten för sjuka att bekosta egen vård, särskilt om den offentligt finansierade vården hårdbantats. Inom andra områden i samhället tillåts individen handla varor och tjänster fritt. För att undgå konflikten som kan uppstå när samma vårdproducent tar emot patienter med olika finansiering har vissa länder renodlat finansieringssystemen. Vårdgivare i den offentliga delen får inte ta emot privat finansiering.

Samlat sett kan fler möjligen få vård snabbare med mer pengar genom fler försäkringar.

Då finns vinster för såväl individer som samhället att hämta i form av kortare sjukskrivningar.

DE SENASTE 25 åren har ökade vårdbehov delvis finansierats av statsbidrag och höjda skatter. För landstingsskatten handlar det om fyra procentenheter. Är fortsatta höjningar en bot även mot framtida underskott? Politiskt är det vanskligt – Sverige har redan ett av världens högsta skatteuttag. Med ökad global konkurrens vore det dessutom sannolikt förödande för ekonomin som helhet.

Den sista principiella möjligheten för att hantera finansieringsproblemet är att välja bort – att begränsa utbudet. Prioriteringar har alltid gjorts i sjukvården, men som regel i det fördolda. På 90-talet kom diskussionen om öppna prioriteringar på tapeten. Det ledde fram till en prioriteringsordning som riksdagen antog 1997. Den var övergripande och stipulerade enbart ett antal vägledande principer för hur resurserna skall fördelas. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses behövs en öppen diskussion om prioriteringar för att bevara befolkningens förtroende för sjukvården, fastslog riksdagen. I praktiken lämnades arbetet dock över på landstingen. Och en kartläggning av Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet visar att öppna prioriteringar i stort sett saknas. Resurser fördelas efter historiska mönster och medborgarna är sällan involverade.

En förklaring är att riktlinjerna varit otydliga. En annan, kanske viktigare, är att prioriteringar är politiskt känsligt: det lockar få röster att ransonera. Enklare då att låta professionen ta stötarna för de begränsningar som likväldigt existerar.

I en högkonjunktur kan behovet av att reducera vårdutbudet tyckas avlägset. Men mycket talar för att tuffare prioriteringar blir ett nödvändigt inslag för att hantera gapet mellan behov och resurser. Och som påpekas av Per Carlsson, professor i hälsoekonomi vid Prioriteringscentrum, finns dubbla skäl att ta tag i arbetet i goda tider. Dels är frågorna lättare att

angripa och få acceptans för, dels är principerna för prioriteringar desamma oavsett hur mycket eller lite som väljs bort. Dessutom kräver en fruktbar dialog om prioriteringar tid och kunskaper – inte bara hos politiker utan också personal och medborgare. Vad är viktigast? Dyra cancerläkemedel? Operationer mot fetma? Behandling av infertilitet? Och på vilka grunder?

I STÄLLET FÖR att lufta dylika dilemman verkar dock politiker hellre tala om satsningar på psykiatri, primärvården eller vårdgarantier. Sällan ges besked om vad det allmänna då tvingas välja bort. Det vittnar inte om någon större krismedvetenhet inför de långsiktiga finansiella utmaningarna.

Allmänhetens förväntningar på vad vården kan åstadkomma får fortsätta att öka. Så också farten på tunnan på väg ut över Niagarafallen. ☞



DETTA MÅSTE GÖRAS:

PÅ DEN GAMLA onda tiden sade man att tålmod var den bästa medicinen. I dag har vi antibiotika och Losec, och med hjälp av avancerad datortomografi och tithålskirurgi kan många skador på människokroppen lagas helt. Men det betyder inte att tålmodets tid är förbi; patienter måste vara uthålliga för att leta sig genom vårdhierarkin och få tillgång till botemedlen. Inte undra på att ordet "patient" betyder just tålmodig.

Det är förbluffande att vi trots världens högsta skatt inte har en bättre sjukvård. Och i takt med att medborgarna överlag lever allt längre och en krympande andel av befolkningen arbetar kommer det att

bli allt dyrare att upprätthålla dagens servicenivå.

Björn Ramel beskriver situationen för vården som att åka tunna på väg ut över Niagarafallen – tunnans inredning och komfort kanske lämnar en del att önska, men värre problem väntar. Kanske kan man komplettera med den här metaforen: föreställ dig en fyraåring som är döv och får ett cochleaimplantat till högerörat. För att kunna leva ett så normalt liv som möjligt behöver han ett implantat till vänsterörat också, men det vill inte landstinget betala. Och föräldrarna själva får inte betala, eftersom ingen ska få "köpa sig förbi kön".

NEJ, VÄNTA ETT ögonblick. Det är ju ingen metafor. Pojken heter Elias Dillner och händelsen inträffade i Jämtland häromåret. Den illustrerar vikten av att inte bara se vården uppifrån, som ett pussel där patienterna är bitar att skyffla omkring efter det mönster som ser bäst ut på avstånd.

Ekonomiprofessorn Magnus Henrekson berättade i *Neo* förra året (4/06) om sin svärmor som på gamla dar handikappades av allt sämre hörsel. De sista tre åren av sitt liv hade hon fått stå i kö, allt mer avskärmad från omvärlden, om inte familjen lagt 20 000 kronor på att ta henne till en privat klinik där hon fick en hörapparat på några veckor. Mindre än en månadsinkomst kan skilja mellan ett normalt liv och tre år av tystnad.

När vi blir rikare vill vi lägga allt mer pengar på det som är viktigast för oss: kunskap och hälsa. Det är tillåtet att satsa pengar på bättre vård av husdjur, så det gör vi. Och vi spenderar allt mer på andra delar av tjänstesektorn, på heminredning och städning. Men att investera i bättre vård eller utbildning är inte möjligt. Så trots att det är bättre hälsa vi vill ha, köper vi mer prylar för reallöneökningen.

ALLA ÄR ÖVERENS om att vi måste lägga mer pengar på vård, och om vi får bestämma själva så vill vi helst av allt lägga vår ökade rikedom på mjuka tjänster som – vård!

Det låter som ett överkomligt problem, men det vore att underskatta politikernas uppfinningsrikedom. Ett vårdindustriellt komplex som tycker att det är oacceptabelt av rättviseskäl att en fyraåring kan höra med båda öronen måste vara immunt mot rationella argument. Sjukt är vad det är. ☞

LÅT MÄNNISKOR INVESTERA I SIN HALSA!

