

# Sjukvården är i kris

| av Chris Heister

Prestationsnivån i svensk sjukvård är låg. Större inflytande för kunderna och högre prestationskrav på personalen är nödvändiga förändringar.



**F**ORTFARANDE HÅLLER svensk sjukvård rent medicinskt god standard. Den som får behandling för cancer kan räkna med att moderna metoder och de senaste forskningsrönen utnyttjas.

Men det är långtifrån säkert att omvårdnaden och behandlingen är den bästa tänkbara. Det är för många felbehandlingar och ofta lite för lite engagemang i omsorgen om patienterna. Jag har under de senaste decennierna i min släkt och i min vänkrets, precis som väldigt många andra svenskar, sett tilltagande slapphet och slarv i den dagliga vården. Svaren på de prover som tagits hanteras inte, effekterna av medicinering följs inte upp. Det mesta sköts nog enligt manualerna men det där extra intresset och omsorgen saknas. Arbetet har för många blivit, liksom för allt fler svenskar, ett nödvändigt ont för att lönen skall utbetalas. Det är inte samma entusiasm eller yrkesstolt-het, fokus är mindre på patienten och önskan att utvecklas för att göra ett bättre och bättre jobb än vi vant oss vid.

Trots allt fungerar väl ändå den svenska vården relativt bra för den som verkligen kommer under behandling. Värre är det att väldigt många inte ens kommer så långt. På de flesta håll i landet är köerna långa också för snabbt och enkelt fixade sjukdomar och skavanker. Exemplet är otaliga. För inte så hemskt längesedan kunde vi i tidningarna läsa om en 67-årig kvinna som fått besked om att hon kunde få vänta upp till 99 månader på en relativt liten men för hennes livskvalitet viktig åderbräcksoperation. Åtta års väntan betyder att hon skulle hinna bli 75 innan hon fick hjälp!

#### POLITIKENS ANSVAR

Få sådana problem kan skyllas på enskilda personer. Det är inte personalens fel om många behandlingar och

enkla åtgärder i sjukvården går på allt slappare rutin. Det är inte den enskilde läkaren som personligen kan lastas för de flesta slarviga uppföljningarna och kontrollerna. Den politiska och byråkratiska tvångströjan har gjort att ansvar, kunskap och befogenheter inte följs åt med ett sämre vårdarbete och vantrivsel som följd.

Sjukvårdens problem är ett organisationsproblem. Och det råder väl numera rätt stor enighet om att det verkligen är så. Svensk sjukvård är organiserad i huvudsak enligt gammal-sovjetiska byråkratiprinciper. Huvudprincipen är att det fattas politiska beslut om produktionsmål och om fördelning av resurser. Det är politik som avgör var strålk-anonerna skall ställas och var bb-mottagning behövs. Det

”Varför skall det vara sämre och osäkrare försäkrings-skydd för kropp och själ än för bil och hem?”

är politiska beslut som prioriterar mellan patienter och som bestämmer priserna på medicin. Allt är politiskt inom vården. Typiskt nog har regeringspartiet de senaste åren mest varit intresserat av att förhindra sjukvårdens utveckling, förnyelse och tillväxt.

Det är därför också politiken som bär det fulla ansvaret för att vården inte fungerar.

Visst försöker vi alla som ser problemen och har ambitioner att förbättra göra vad vi kan. Utmaningen är att finna lösningar som flyttar besluten från byråkratin och politiken till patienterna och sjukvårdspersonalen. De senaste åren, kanske ett drygt decennium – sedan Sovjetunionens sammanbrott! – har det på många håll gjorts bestämda försök att finna lösningar som är mer marknadslika än politiska.

När det i Stockholms Läns landsting i början av 90-talet infördes en ny beslutsstruktur så att sjukvårdens producenter fick betalt efter vad de faktiskt gjorde i stället för att de fick mer pengar om köerna var längre fick det dramatiska effekter. När de borgerliga partierna i landstinget tog över efter valet 1991 stod 31 000 stockholmare i kö för vård. Efter bara två år med det nya betal-

# ch har varit det länge

nings sättet var köerna borta. Det producerades plötsligt betydligt mer sjukvård. Med samma vårdpersonal och samma lokaler. Det var incitamentsstrukturen som ändrats. Det blev tydligt att patientbehandling var prioriterad verksamhet i stället för att lobba för mer pengar gentemot byråkratin och politikererna.

Partierna är olika radikala. Vänstern – s+v+mp – i Stockholmsregionen ansåg att det förhållandevis begränsade försöket att införa marknadsstyrning som löst problemen 91–94 var för dramatiskt och djärvt varför man skärpte priskontrollen efter valet -94. Och vips var köerna tillbaka. De borgerliga partierna strävar efter att återinföra den vårdgaranti, som ger makt till patienterna genom att den som inte får vård inom garantitiden har rätt att gå till någon annan men landstinget får ändå betala. Återinföra eftersom den nationella vårdgaranti som fanns under de borgerliga regeringsåren avskaffades när det blev socialdemokratisk majoritet.

Vi moderater har ansträngt oss mer för att finna lösningar som liknar marknadens smidiga och obyråkratiska kund Anpassning. Vi har arbetat fram ett förslag om en heltäckande statlig hälsoförsäkring som ger makt till patienterna. Det är de som skall välja var och under vilka villkor de skall få sjukvård. Det enda som behöver vara solidariskt är finansieringen. Alla skall få vård. Och ju mer marknadslänkande lösningar man kan finna desto större

blir chansen att alla kommer att få vård. I tid.

## BEIGE ELLER GRÅ

En enkel jämförelse mellan hur vi i Sverige hanterar ögon och öron i sjukvården kan ge en viss aha-upplevelse. Av tradition är hörselproblem en fråga uteslutande för sjukvården. Den finansieras och organiseras helt och hållet av det politiska systemet. Det betyder verkligen att det fungerar precis som i det gamla kommunistiska Östeuropa. Väntetiden för utprovning av hörapparat är upp

”Allt är politiskt inom  
vården.”



Kronprinsessan Lovisas sjukhus för barn å Kungsholmen ur Ny Illustrerad Tidning 1874.

till fyra år. Om man tappar apparaten påbörjas ny väntetid om fyra år. Modellerna är beige eller grå.

Med ögon är det annorlunda. Optiker agerar av tradition på marknaden, det vill säga, på kundernas villkor. Väntetider finns inte. Den som behöver glasögon kan få vänta en dag eller två om den vill träffa en speciell optiker och beroende på kraven på hur ovanliga glas man vill ha – eller behöver – kan man få vänta upp till två veckor på leverans sedan de väl provats ut.

I andra länder, som Danmark, Holland, Belgien och Kanada behandlas hörapparater på liknande sätt som glasögon i Sverige. Där finns det moderiktiga hörapparater precis som våra glasögon. Och nu annonseras det till och med i tunnelbanan i Stockholm för operationer mot starr och närsynthet. Men hörapparater – nej inte i Sverige.

Vår moderata hälsoförsäkring skulle lösa många av sjukvårdens problem genom att göra det möjligt att leverera sjukvård lika effektivt som livsmedelsaffärerna levererar mat till oss och som optikerna hjälper oss med synen.

Men hälsoförsäkring och vårdgaranti räcker inte. Vi måste också organisera om själva sättet försäkringarna i dag fungerar på. En första och enkel åtgärd borde vara att slå samman försäkringen mot sjukdom med försäkringen för inkomstbortfall när sjukdomen är ett hinder för arbete. Den konstlade gränsen mellan behovet av vård och sjukdomens effekter på hälsan är en effekt av systemkonstruktionen. Och det är politiken som hindrar fiffiga lösningar. Systemet måste naturligtvis inte bara tillåta utan stimulera till att sjukskrivningstiden förkortas genom att behandling kommer i gång snabbt.

Men ett annat systemfel talas det tyst om. Det är allvarligt att också prissättningen i sjukvården står kvar på den politiska nivån. Det var interna prissförhandlingar mellan landstingets politiker och landstingets sjukvårdsinrättningar som återskapade köerna efter -94 års val. Hela hanteringen av läkemedel i Sverige – och i de flesta andra EU-länder – är gammeldags politisk med prissförhandlingar och upphandlingsmonopol. I Sverige har vi till och med försäljningsmonopol. Och för den delen förbud att marknadsföra medicin mot patienter.

#### LÄKARNAS ACKORDSLÖN

Fram till 1970 fungerade den svenska sjukvården mer som en marknad än i dag. Då betalade patienten till läka-

ren vad läkaren skulle – och ville – ha betalt. Så gick det till också på sjukhusen. Läkarens lön bestod i det han drog in på arvoden av sina patienter. Dessa fick sedan lämna kvittot till försäkringskassan som betalade sin försäkringstagare minus självriskan. Systemet hade flera fördelar. Patienten var kung genom att det var av honom/henne vården skulle få betalt. Pengarna följde patienten, till praktiserande läkare eller till offentlig sjukvård. Det var viktigt för doktorn att vara tillgänglig. Utan kunder ingen lön. Och ju mer arbete desto högre lön. Många högt kvalificerade sjukhusläkare kunde också efter sina arbeten som landstingsanställda under dagen fortsätta med att mot ersättning till huvudmannen, bedriva mottagning i dennes lokaler. Detta ökade tillgängligheten, förhindrade köer och var ett exempel på en god effektiv sjukvård.

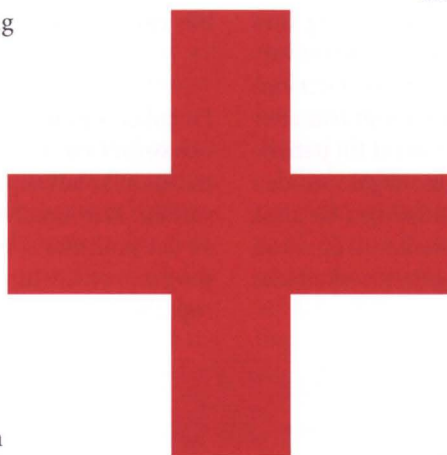
Ytterligare en fördel var att patienten fick en aning om hur mycket de enklare besöken och medicinen kostade. Patienterna blev upplysta konsumenter.

För större åtgärder fungerade det ungefär som vi alla strävar efter i dag. Beslut om åtgärder finansierades direkt via försäkringskassan.

Den första januari 1970 infördes den så kallade sjukronan. Priset för all vård skulle vara densamma. Och lågt. Sjukronereformen lanserades som ett steg mot en mer solidarisk sjukvård. I själva verket tillkom

den av helt andra skäl. Ett av dem var att effektivisera skattekontrollen av läkarna. Ett annat och kanske viktigare skäl var att utjämna läkarlönerna – det var ju skillnad mellan läkare som hade många patienter och därför jobbade hårt och läkare som inte jobbade så hårt – genom att dessa fick månadslöner som inte längre hade något med prestation att göra. De läkare som inte hade så många patienter hade ju tid att driva fackliga krav om löneutjämning. Det är inte att förvåna att läkare i dag presterar väldigt mycket färre patientkontakter nu än före reformen. I dag har en husläkare upptagningsområden som omfattar cirka 1 500 – 2 500 genomsnittligt sjuka – eller genomsnittligt friska – personer. Före sjukronan och den fasta månadslönen var det vanligt att en läkare hade dubbelt så många patienter. Så är det fortfarande på kontinenten till exempel i Frankrike som enligt WHO har den bäst fungerande sjukvården i världen.

Effekterna av den stora socialisering av svensk sjukvård som sjukronareformen innebar lever vi med i dag. Betydligt lägre effektivitet i sjukvården, betydligt mer



byråkrati och politikerstyrning. Betydligt mindre inflytande för patienter. Längre avstånd mellan beslut och åtgärd och mindre inflytande över arbetet för personalen. Och betydligt mindre utrymme för egna initiativ och förnyelse. Köer och kriser är sjukvårdens signum.

Som ett led i att stärka patienternas makt och inflytande över sjukvården borde det nu vara dags att både införa en nationell obligatorisk hälsoförsäkring och att avpolitiserat sjukvården genom att göra hela organisationen mer försäkringsmässig. Hur det skall gå till i detalj – förändringsprocesser är alltid komplicerade – måste utredas och diskuteras. Men ytterligare förstärkningar av sambandet mellan prestation och ersättning i alla strukturer borde vara en självklarhet.

Den politiserade sjukvården har ju i stor utsträckning slagit ut alternativa infrastrukturer precis som jordbrukskunnande och småföretagande slogs sönder i de planekonomiska systemen i Östeuropa. Det betyder att

förändringar av sjukvården – när de utretts och diskuteras – inte uppstår från en dag till en annan. Privatpraktiserande läkare fanns det många före sjukvården men de är pensionerade eller döda och det är gles mellan entreprenörerna i sjukvården i dag. Det kan gå snabbt att få genomslag för ökad patientmakt men man måste räkna med att det kan ta tid att genomföra stora förändringar. Men det är ju en anledning att sätta igång genast, inte att avvakta ytterligare.

Det är orimligt att vi har mindre inflytande över våra öron än över våra ögon.

Och varför skall det vara sämre och osäkrare försäkringsskydd för kropp och själ än för bil och hem?

## ”Köer och kriser är sjukvårdens signum.”

**Chris Heister** (chris.heister@sll.se) är förste vice ordförande i moderaterna, landstingsråd och oppositionsledare i Stockholms läns landsting.

# MADE IN PRIDE

ETT REPORTAGE OM DET ROSA KAPITALET

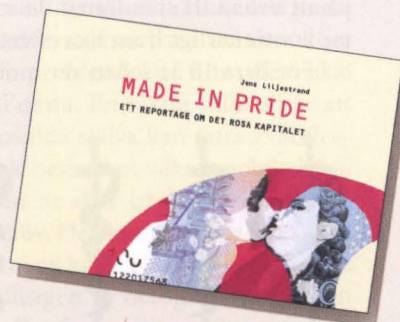
av Jens Liljestrand

Utnyttja marknaden för att förändra attityder! Tiden är över när endast politiker och debattörer försvarade homosexuellas rättigheter. Svenska företag gör sig kända utomlands genom att marknadsföra sig mot homosexuella. Samtidigt saknas diskussionen helt i Sverige. *Made in Pride* öppnar för nya perspektiv på homosexuellas frigörelse. Läs ett spännande reportage om kapitalismens frigörande effekter och rätten att vara annorlunda.

Hft, 189 sid, ISBN 7566-528-X, pris 180 kr (30% rabatt). Porto tillkommer.



**Timbro**  
tel 08-587 898 00, fax 08-587 898 55  
info@timbro.se, www.timbro.se



Läs ett utdrag ur boken  
och beställ den på  
[www.rosapengar.com](http://www.rosapengar.com)

