



Missnöjet med sjukvården utsatte politikerna för tryck från olika håll.

Trycket bakom reformerna inom sjukvården

Det finns förklaringar till de förändringar som nu sker inom sjukvården. Hans Bergström, Dagens Nyheter, ger här sin syn på en mängd olika faktorer, som har lett till kraven på reformer.

Vad har då orsakat förändringstrycket i Sverige? Ingen tvekan råder om att ett sådant tryck har uppstått. Ett uttryck för det är resultatet av den vallokalundersökning som gjordes på valdagen i september 1991. Sjukvården visade sig vara den särklassigt viktigaste frågan för väljarna, näst efter den ekonomiska krisen. 79 procent av ett urval väljare förklarade att sjukvårdsfrågan var "ett mycket viktigt skäl" för deras val av parti. Och med denna politiska dagordning fick

de styrande socialdemokraterna sitt sämsta valresultat sedan 1928.

Man bör samtidigt notera att allmänhetens växande kritik mot sjukvården inte riktats mot de professionellt verkamma. Sjukvården som sådan — läkarna, sköterskorna — har hela tiden hållit förstarangen när svenskarna ombuds ange förtroende/misstroende gentemot olika institutioner i samhället. Kritik mot sjukvården har gällt strukturella brister i systemet samt resurserna för sjukvård.

En tredje viktig iakttagelse är att förändringen från några få kritiska röster till en allmän känsla av sjukvårdskris skedde på mycket kort tid kring 1989—90. Plötsligt var alla eniga om att stora systemförändringar var påträngande nödvändiga.

När vi försöker förklara denna snabba förändring måste vi titta på flera olika aspekter och nivåer:

- En är **sjukvårdssystemet** som sådant.
- En annan är tillståndet i hela **ekonomin**.
- En tredje har att göra med förändrade **värden** hos allmänheten, som påverkar förväntningar och anspråk.
- En fjärde kan vara **graden av självkritik** under ett visst tidsskede. Vi kan inte bestämt säga i vilken riktning orsaksambandet här går. Människor kan tänkas bli mer kritiska mot sjukvården, därför att de under ett visst skede blir mer missmodiga och misströsamma mot allt — eller också finns det verkliga brister hos sjukvården som bidrar till en ökad allmän kritik av det egna samhället. Vad som kommer först, hönan eller ägget, är inte självklart.

När vi försöker förklara reformtrycket i den svenska sjukvården måste vi beakta alla fyra orsakstyperna. Förändringen i kritik och reformkrav kan inte fullgott förklaras enbart genom att vi tittar på sjukvården. Det omgivande samhället och ekonomin spelar också in.

Låt oss ändå starta med **systemet för sjukvård**. Vi har i Sverige sett några av de typiska utslagen av ett plansystem, byggt på ordergivning och budgettilldelning. Detta system stimulerar smarta budgetutspel från klinikerna — där långa kölistor är ett gott argument — i stället för effektivare användning av tillgängliga resurser. Det tillåter internt motstånd mot förändringar att dominera, i avsaknad av yttre konsumenttryck. Det blir lätt opersonligt och okänsligt för servicekrav. Det erbjuder personalen få drivkrafter att öka sin produktivitet. Det fokuserar på insatsresurser mer än på prestationer och resultat. Det skapar ransonering och köer.

Det årliga arbetsutbudet från svenska läkare har varit extremt lågt, när man jämför med andra länder. Detta sammanhänger också med de höga marginalskatter som gällde före 1990 års skattereform. En kvällstidning gjorde ett överraskningsreportage på ett av Stockholms storsjukhus och fotograferade varje operationssal en vanlig förmiddag mitt i veckan. 19 av 24 salar visade sig stå oanvända, de flesta mörka och tomma på folk och det här var ändå under rusningstid med 80 av 120 anställda kirurger i tjänst. Reportaget väckte stor uppmärksamhet och upprördhet, eftersom det publicerades vid en tidpunkt när väntetiden för viktiga operationer kunde uppgå till 1—2 år.

Monopolen hindrade rättvis tillgång

Inslag som det här undergrävde förtroendet för systemet. De tillfälliga intrycken har sedan bekräftats av systematiska studier. Antalet tjänster för kirurger ökade till exempel med 70 procent under tioårsperioden 1979—89. Antalet operationsfall förblev oförändrat, medan antalet konsultationer sjönk med 40 procent. Vårt problem har varit att få läkare att praktisera medicin. Vi har ännu inte nått till det motsatta, amerikanska, problemet: Hur vi ska kunna hindra dem från att göra för mycket.

Det är viktigt att notera att några egenskaper hos ett plansystem också negativt påverkar jämlikhet och rättvisa. Som patient har man behövt pengar för att kunna få behandling

vid sidan om systemet, och man behöver kontakter och byråkratisk kunskap för att inte tala om god hälsa för att ta sig genom systemet. Dessa **byråkratiska resurser** är inte mer jämlikt fördelade hos patienterna än pengarna. Den växande allmänna kritiken mot sjukvårdssystemet i Sverige bör därför inte tolkas som att allt färre nu bryr sig om rättvisan. De offentliga monopolen kom i växande grad att ses som hinder just för den jämlika tillgången till viktiga sjukvårdstjänster.

Äldre kände sig inte trygga

Ett av misstagen i det strikta, svenska plansystemet har haft stor inverkan på den svenska opinionen, nämligen nedläggningen av ålderdomshem och den begränsade utbyggnaden av sjukhem för gamla sjuka. Denna politik visade sig orealistisk. Alternativen hemservice, hemsjukvård och serviceboende var otillräckliga för att möta behoven hos det växande antalet mycket gamla. Många gamla kände sig inte längre trygga i systemet. Många yngre påverkades också — som anhöriga, som patienter, som inte fick operationer för att sjukhusbäddar upptogs av gamla, och som medborgare oroades de för villkoren under sin egen framtida ålderdom.

De två huvudskälen för utbredd missbelåtenhet med sjukvården i Sverige under slutet av 80-talet var dels den långa väntetiden för många operationer (ransonering via kö) dels bristen på adekvat omsorg för skröpliga gamla.

För att summera tillståndet i det svenska sjukvårdssystemet, som det kunde beskrivas före den senaste tidens reformer:

1. **Medicinsk effektivitet**, det vill säga professionell skicklighet och kvalitet — mycket bra.
2. **Intern kostnadseffektivitet**, det vill säga prestationer i förhållande till resurserna — dålig.
3. **Strukturell effektivitet** — ganska bra med internationella mått men i Sverige uppfattad som ganska dålig i några avseenden: alltför stark inriktning på stora sjukhus, för liten omsorg om de gamla, för mycket pengar till sjukpenning jämfört med rehabiliterande sjukvård.

4. **Allokerings effektivitet**, det vill säga rimligheten i sjukvårdens totala andel av hela ekonomins resurser — ganska bra. Den goda totala kostnadskontrollen under 80-talet, och att sjukvårdsutgifterna då närmast sjönk som andel av BNP, förklaras dock delvis av att lönerna för personalen utvecklades sämre än i flertalet andra länder. Andelen av arbetskraften som arbetar inom den svenska sjukvården är betydligt högre än vårdutgifternas andel av BNP. Likväl har det svenska systemet sedan ett tiotal år lyckats hålla nere utgifterna för sjukvård. I detta ligger en av många paradoxer: socialism kan vara mycket effektiv i att skära ner det sociala, medan kapitalistisk sjukvård tenderar skapa en överväldigande administration (bland annat på grund av mängden olika källor för betalning, förhandlingar och kontroll).

Om vi lyfter blicken från brister i själva systemet för sjukvård kommer vi till den reformorsak som heter **problem i samhällsekonomin**. Överhettningen i svensk ekonomi i slutet på 80-talet fick stora indirekta följder för sjukvården. Personalbristen växte i Stockholm, där landets dominerande skikt bland politiker, organisationer och medier finns. Svårigheterna att få och behålla personal, liksom den höga dagliga frånvaron, drabbade vitala delar av den offentliga vården och ledde till växande missnöje.

Överhettningen förde till en ekonomisk kollaps. Nu ser vi fyra år i följd utan ekonomisk tillväxt, ja med minustal. Skatterna kan inte höjas ytterligare. Efter en årlig volymökning i landstingen på omkring fem procent under 70-talet tvingas man nu ner till nolltillväxt. Denna nya ekonomiska realitet har varit en stark faktor bakom de strukturella reformerna. Tanken är att det nu gäller att få ut mer av tillgängliga resurser.

De ekonomiska problem som blev tydliga från 1989 och framåt förändrade också allmänhetens uppfattning. En snabbt växande andel av väljarkåren antog under 1989-91 åsikten att Sveriges ekonomi gick dåligt och att de offentliga utgifterna måste hållas tillbaka. Detta hade också samband med att den icke-socialistiska oppositionen fokuserade höga skatter och ineffektiva offentliga system som en huvudorsak till den annalkande krisen i ekonomin.

Människor har blivit mer krävande

Också **värdeförändringar** kan ha spelat in, även om de knappast kan förklara ett åsiktsskifte som gick så fort som det svenska. Vi har sett en gradvis förskjutning av värden, från att folk var nöjda med ganska standardiserade tjänster till att de har blivit betydligt mer krävande, begär personlig service och rätten att välja. Dagens medborgare är bättre utbildade, mindre auktoritetsbundna och inte lika ödmjukt tacksamma som förr. De ställer krav och de vill delta i beslut som är vitala för deras liv.

Den fjärde förklaringsfaktorn är mycket viktig, nämligen att svenskarnas **självuppfattning** har förändrats i spåren på den ekonomiska krisen, internationaliseringen och närmandet till Europeiska Gemenskapen, EG. Det uppstod ett slags formativt moment i vår moderna historia, en allmän känsla av att gamla system och institutioner måste kritiskt granskas och fundamentalt förändras. I denna atmosfär blev det "omodernt" att inte förändra. Den här självuppfattningen är en stark faktor bakom reformer, i ett land där "modernitet" är ett högt prisat värde, matchat endast av "rättvisa".

De rent **institutionella förutsättningarna** för förändringar är också betydelsefulla. Stora samhällssektorer, som sjukvården, skapar starka institutionella intressen. Därför blir de svåra att reformera, även när viljan hos till exempel politiker är stark.

En central anledning till att så mycket plötsligt hände inom svensk sjukvård är att alla större aktörer fann skäl till medverka till reformer.

Politikerna upptäckte att det var omöjligt för dem att hantera mängden 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. Även de styrande socialdemokraterna tvingades erkänna att det inte fanns mer skattepengar att kasta på problemen. Den politiska efterfrågan växte på nya mekanismer som skulle göra det möjligt för politiker att dra sig tillbaka från besvärliga detaljbeslut rörande neddragningar av själva vårdproduktionen. I viss mån kan det beskrivas som att politikerna sökte strategier för att kunna skjuta ifrån sig klander.

Administratörerna hade länge önskat bli kvitt den direkta politiska inblandningen i verksamheten. De sökte ökad autonomi för att kunna sköta sjukvården professionellt och med tydligt ledningsansvar.

Vårdpersonalen hade i slutet på 80-talet nått fram till en sådan inspirationskris i den offentliga vården att de var öppna för varje rimlig reformidé. Särskilt gällde det idéer som erbjöd större självständighet i yrkesutövningen och mindre politisk kontroll. Personalen kände sig dåligt betald jämfört med anställda i näringslivet. Den noterade hur spännande nya idéer för patientorientering av vården och bättre service togs av privata entreprenörer och inte av deras egen organisation, som personalen kom att uppfatta som grå, tråkig och förstelnad. Ingenstans kunde man vid den här tiden finna så kritiska röster mot sjukvårdssystemet som bland personalen i det största landstinget, Stockholms läns landsting. Läkarförbundet startade samtidigt en förutsättningslös utredning, som ledde fram till ett reformförslag av stor betydelse för den fortsatta processen. Även läkarna gick därmed in för förändringar.

Kort väg till förverkligande

Plötsligt hade nästan alla viktiga aktörer intresse av att främja reformer i sjukvården. Det etablerades och det marginalas normala övermakt bröts. Alla övergav sin traditionella fokusering på insatsresurser och enskilda sjukdomar och började diskutera strategiska reformer, systemets grundläggande design. Med ett internationellt sett ovanligt enhetligt politiskt system samt en stark tradition av rationellt genomförande kan vägen från idéer till realiteter vara förhållandevis kort i Sverige.

Den allmänna bilden i Sverige är att infrastrukturen finns på plats: skicklig personal, avancerad utrustning, geografisk närvaro överallt. Trycket på reformer syftar till att få in mer stimulans för personalen, högre kostnadseffektivitet, en ökad servicekänsla i förhållande till patienterna, större valfrihet, mer av experiment, alternativ och pluralism. Ambitionen är att kunna kombinera gamla goda värden med ny vitalitet.

■
Hans Bergström
fil dr i statsvetenskap
och politisk redaktör på DN:s ledarredaktion,
där han bland annat skriver om sjukvårdsfrågor.

(ur föreläsning vid seminarier i USA maj 1992
om sjukvårdsreformer i Sverige och USA)