

Inför kommande 100 år: Vem leder sjukvården åt rätt håll?

Olika aktörer på olika nivåer - men patientens val är grundläggande

Claes-Göran Westrin

Frågor om vem som skall leda sjukvården är svåra att besvara utan att först ha diskuterat vad det är som skall ledas. På den avgörande nivån, patientnivån, kan man dock ge ett kort svar. Det bör vara den upplysta patienten i partnerskap med sin fasta läkare och med tillgång till ett flexibelt nätverk av andra grupper av vårdpersonal och medicinska specialister.

Professor Claes-Göran Westrin är ordförande för Svenska Läkaresällskapet och tidigare bl a blockchef för psykiatri i Skaraborgs län.

Frågor om vem som skall leda sjukvården är svåra att besvara utan att först diskutera *vad* det är som skall ledas. En god utgångspunkt erbjuder här prioriteringsutredningens tre nivåer, som kan beskrivas som en hälsopolitisk, en vårdorganisatorisk och en patientnivå. Jag skall utifrån dessa nivåer kort kommentera vad jag ser som lämpliga riktlinjer med hänsyn till de faktorer som kan påverka utvecklingen, nämligen

- värderingar;
- kunskaper;
- praktiska möjligheter;
- berörda aktörer.

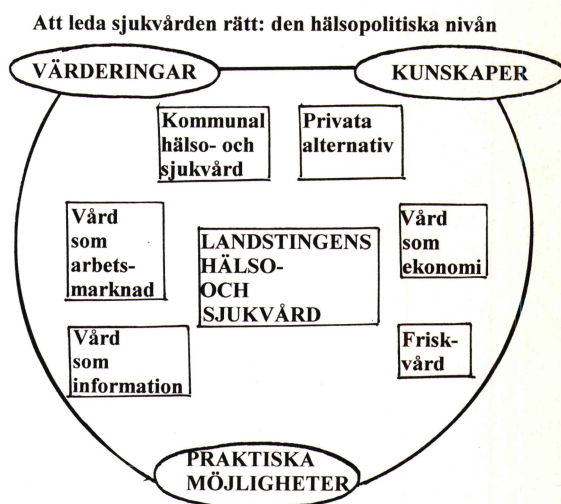
Den hälsopolitiska nivån

På den hälsopolitiska nivån finns stora kanske ökande olikheter beträffande *värderingar* liksom beträffande *kunskaper och begrepp*, något som påverkar vad som skall menas med sjukdom och räknas som sjukvård och vad som är bra modeller för vården. Beträffande *praktiska möjligheter* har vi ett ökande gap mellan vad man skulle vilja och vad man kan göra.

Samtidigt har vi fått ett närmast överskådligt system av aktörer (figur 1).

Det började på tidigt 80-tal med en allt tydligare splitt-

Figur 1. Att leda sjukvården rätt: faktorer och aktörer som påverkar den hälsopolitiska nivån



ring på ett par dussin olika sjukvårdshuvudmän och vartill nu kommer ett par hundra primärkommunala huvudmän, som yrvaket börjar fatta att de är sjukvårdshuvudmän - och därtill ett antal privata entreprenörer.

Men det gäller också olika system som anknyter till människors behov av vård - och som vad gäller energi och resurser har karaktären av kommunicerande kärl - men som ändå kan fungera oberoende av eller rent av i strid med 'den egentliga vårdens' intresse t ex - sedan rätt länge: vården som arbetsmarknad - särskilt under senare år 'vården som ekonomi' - allt oftare som en slags egen problematik med diskussioner i två dimensioner.

System som anknyter till människors behov av vård men som ändå kan fungera oberoende av eller rentav i strid med 'den egentliga vårdens' intressen

Den ena dimensionen refererar till att vården är den kvarnsten som kommer dra oss alla i eländets djup, den andra dimensionen till budskapet att vården är den hemmamarknad vi bör slå vakt om, slå vakt om exporten för våra läkemedelsföretag.

- i allt större utsträckning, sjuklighet och hälso- och sjukvård som information, mediadramaturgi och vården som en del av underhållningssektorn - *alltifrån* patientinformation och rapporter om kommunhälsa och folkhälsa, uppgifter till skvaller om bråk mellan politiker, administratörer och läkare.

- ett ytterligare system, nära lierat med informations-systemen, är vad WHO:s Ilona Kickbusch med en träffande term kallar livsstilsindustrin med dess tidskrifter, allehanda gym och friskis- och svettis, viktväktarrörelser etc. En inriktning av denna typ har ju också folkhälsoinstitutet, med dess från sjukvården frikopplade inriktning på friskvård och primärprevention.

Man kan misströsta om möjligheterna att samordna detta komplexa hälso- och sjukvårdsrelaterade system, men jag vill peka på några konkreta angelägna strategier 1. *Återupprättande av socialstyrelsens maktutövning.* När det gäller den egentliga sjukvården, den som främst bedrivs av landsting och kommuner ser jag ett behov av att återupprätta socialstyrelsens möjligheter att påverka prioriteringar i ett nationellt perspektiv. Detta berör bl a som motkraft mot lokalmedicinskt-bypolitiska etablissemang som tenderar att bygga upp diskutabla öar av högspecialiserade resurser.

2. *Behovet av samordning på regeringsnivå.* I ett övergripande perspektiv behövs - för att så långt möjligt få ett grepp om och samordna hela fältet av aktörer - ett kontinuerligt arbetande nationellt samordningsorgan. Till detta har funnits ansatser t ex genom en för en tid existerande hälso- och sjukvårdsberedning respektive en för en tid arbetande regeringens folkhälsogrupp. Vad som behövs är ett system anknutet till regeringsarbetet - med representation av ledande politiker och verksamheter samt för relevant vetenskap och praktik.

Vårdorganisationsnivå

Går vi sedan till nästa nivå, vårdorganisationsnivån finner vi splittrade värderingar, en explosiv utveckling av kunskaper och ett antal aktörer som var för sig har ett stort inflytande.

Vad gäller värderingarna, som ännu under 70-talet var relativt enhetliga, har sjukvården i vissa avseenden blivit en partipolitiskt kontroversiell fråga. Olika undersökningar indikerar också distinkta värderings-

I ett övergripande perspektiv behövs ett kontinuerligt arbetande nationellt samordningsorgan

skillnader mellan de centrala aktörerna. *Politiker* tycks tendera att prioritera rättvis fördelning och läkarna effektivt resursutnyttjande - därtill kommer intrycket av att *administratörer* vill prioritera kostnadstak och *sjuk-sköterskorna* att patienterna skall ha det bra.

Vad gäller de *praktiska möjligheterna* påverkas dessa även på denna nivå av den ökande klyftan gentemot tillgängliga kunskaper och förväntningar.

Ser man till helheten har ju denna klyfta jämte splittningen på ett antal starka aktörer med delvis olika intressen och värderingar skapat betydande styrningsproblem.

Hur skall man då leda vårdorganisationerna rätt?

Några standardlösningar finns naturligtvis inte. Men en intressant modell kan vara den, som i ett ändå ganska svårt läge på 70-talet, på tio år förde Skaraborgs län från att vara ett för svenska förhållanden sjukvårdsmässigt u-land till en den svenska sjukvårdens utställningsmodell.

Historien är i korthet att det gäller ett län som vid periodens början saknade ett egentligt centrallasarett och där den öppna vården betjänades av ett begränsat antal ensamarbetande provinsialläkare och distrikts-sköterskor. Länet hade vid periodens slut etablerat ett kärnsjukhus, som åtminstone för en tid intog en tätställning bland landets centrallasarett. Vidare hade man lyckats omvandla landets näst äldsta lasarett i Mariestad från ett konventionellt länsdelssjukhus till en specialistvårdcentral med elektiv specialiserad fem-dygnsvård mm, mm. Dessutom hade man pionjärmässigt på bred front byggt ut ett system av vårdcentraler. Slutligen hade man förverkligat landets första hälsovårdsplan och byggt upp en dynamisk hälsovårdsenhet.

Denna process tror jag blev möjlig genom förutsättningar som kan vara av betydelse för ledningen av den lokala och regionala vårdorganisationen ännu i dag:

1. En faktor var en *aktiv rekrytering av läkare som fick en ledarställning* som skapade en balans mellan deras traditionella lojalitet mot professionen, patienter och personal och lojaliteten till landstinget.

2. En annan avgörande faktor var att de ledande politiker, administratörerna och läkarna formades till en *ledningsgrupp om ca 10-15 personer*, där beslut förankrades efter regelbundna tillfällen till avspända ana-

lyser, ofta i internatform. Av största betydelse var också kontinuiteten i gruppen med en i stort sett oförändrad sammansättning under ett antal år.

3. En ytterligare förutsättning var *en enhetlig och väl förankrad politisk ledning*, enligt min bedömning en nödvändighet för att leda sjukvården rätt. Frågan är om en sådan ledning kanske trots allt skulle underlättas av en återgång till ett system med samlingsregering på landstings- och kommunnivå.

4. Låt mig till dessa erfarenheter från 70-talets Skaraborg framhålla ett ytterligare krav i dagsläget, nämligen behovet av en *systematisk samordning med en enhetlig ledning av den äldre vård och den psykiatriska vård som för närvarande är uppdelad på landstingens och kommunernas verksamhet* - och med mycket starkare inslag av medicinsk kompetens i ledningen.

Patientnivån

När det gäller vad som skall ledas har på patientnivån, utöver patientens roll, familjens betydelse blivit alltmer uppenbar. På vårdsidan varierar alltefter situationen betydelsen av olika yrkesgrupper även om läkaren fortfarande här i många avseenden intar en särställning.

Våra *värderingar* är officiellt enhetliga, nämligen att den ledande principen skall vara patientens självbestämmande. Vad gäller om och hur man skall sätta gränser för detta självbestämmande finns dock splittrade värderingar t ex för vård i livets slutskede.

Vad gäller *kunskaperna* har för många, särskilt kroniska patienter avståndet minskat mellan deras och läkarens kunskaper. Välutbildade och resursstarka patienter har ju nu t o m en möjlighet att få en 'second opinion' av en CYBERDOC via Internet. Samtidigt hotar en ökande klyfta vad avser kunskaper gentemot vissa patientgrupper t ex vissa invandrare.

Slutligen blir vad gäller *de praktiska möjligheterna* på patientnivån prioriteringsfrågorna verkligt brännande, dvs det blir hur man än vänder sig till slut den

enskilde läkarens handlande, som i stor utsträckning bestämmer resursanvändningen.

Det finns en klassisk studie som indikerar att Storbritannien jämfört med USA klarat sin sjukvård till halva priset men med grovt sett samma vinster för befolkningen. Den sannolika förklaringen är att de brittiska läkarna i en mild paternalism integrerat kostnadseffektiviteten i sina praktiska överväganden. Ett uppenbart problem är hur läkare - med tillämpande av principen om informerat samtycke och utan att ta skydd bakom paternalismens skynke skall kunna hantera det växande gapet mellan terapeutiska möjligheter och tillgängliga resurser.

Ett kort svar: patienten i partnerskap med sin läkare

Trots dessa uppenbara svårigheter blir mitt kort svar på dagens fråga att den som skall leda sjukvården framöver bör i princip vara den upplysta patienten i partnerskap med sin fasta läkare och med tillgång till ett flexibelt nätverk av andra grupper av vårdpersonal och medicinska specialister.

Jag har tre skäl för detta svar. Det första skälet är - ser man bakåt - har det väsentliga skeendet i vården gällt att patienten och dennes läkare och andra vårdgivare strävat och ibland anpassat sig till vad som hänt på de högre nivåerna - på sistone kanske gett katten i detta därför att modet växlat innan de hunnit anpassa sig. Det andra skälet är att den viktigaste potentialen för att möta den ökande resursbristen finns hos patienter och anhöriga om dessa får största möjlighet att tillämpa vad min kollega Urban Rosenquist i diabetesvården kallar 'IKEA-modellen för sjukvården' - men för att så skall ske måste patient och familj också få ett avgörande inflytande. Ett tredje skäl är ju helt enkelt kravet på att vården skall ske på patientens villkor.

Men *hur* man skall så långt möjligt förverkliga denna målsättning är en annan historia.