

Isär faller tingen

”Storbritannien är världens femte största ekonomi, det finns många områden med enorm rikedom [...] Det verkar därför uppenbart orättvist och i strid med brittiska värderingar att så många människor lever i fattigdom.”

FN:s särskilde rapportör, professor
PHILIP ALSTON, 2018

London School of Hygiene and Tropical Medicine ligger undangömd i en helt ny byggnad bakom de äldre stenfasaderna i Euston i centrala London. Det är ett av världens mest ansedda universitet för folkhälsa och infektioner, grundat 1899. Namnet har dock sprungit ifrån vad modern folkhälsa handlar om i dag i västvärlden. Då: Infektioner och dålig sanitet. I dag: Rökning, övervikt, stress, stillasittande. Men alltid, det som skär genom allt: ojämlikhet och fattigdom.

Före vårt möte ber professor Martin McKee mig att läsa en akademisk text med titeln *Things fall apart*. Namnet kommer från en dikt som skrevs 1919 av den irländska poeten William Butler Yeats i efterdyningarna av första världskriget, och den har ofta använts i sammanhang av samhällelig tillbakagång. *Things fall apart; the centre cannot hold*. Isär faller tingen, mittpunkten sviktar.

75

Utdrag ur Fanny Nilssons bok *Åk till akuten. Hur mycket sjukvård har vi råd med?*
Efter överenskommelse med författaren och Natur och Kultur

ÅK TILL AKUTEN

I artikeln beskriver McKee och hans kollegor vad som hänt med britternas hälsa mellan 2010 och 2020: Spädbarnsdödligheten har stigit, den förväntade livslängden i flera grupper har sjunkit, ojämlikhetsgapet i hälsa har ökat och tillgången till sjukvård har minskat. Hälsoreultatena har under 1900-talet hela tiden förbättrats, men i många industrialiserade länder har det skett en inbromsning, eller försämring, från 2010, efter finanskrisen. Storbritannien och USA är särskilt drabbade.

Många beskriver att Storbritannien just nu genomgår två parallella hälsokriser: sjukvårdens budget har minskat och befolkningen har blivit sjukare, och belastar därför vården mer. Det konservativa partiet har under sina fjorton år vid makten dragit åt svängremmen sedan socialdemokratiska Labour haft spenderbyxorna på runt millennieskiftet. Det senaste decenniet, pandemin undantagen, har finansieringen minskat. Och mycket beskrivs vara i kroniskt dåligt skick; många byggnader är äldre än själva sjukvårdssystemet. På två sjukhus har taket rasat in, i ett fall på patienter. En väldigt bokstavlig kollaps.

Martin McKee har ett extremt långt cv, för långt enligt honom själv. Som läkare har han varit ordförande för brittiska läkarförbundet, han har publicerat enorma mängder vetenskapliga artiklar och startat och lett olika europeiska forskningsnätverk, för vilket han har fått medalj av självaste drottningen. Tillsammans med andra forskarkollegor har han flera gånger dragit slutsatsen att de försämrade hälsoreultatena är kopplade till statens åtstramningar i de offentliga finanserna, däribland sjukvården.

Vi sätter oss ner i två soffor i en öppen, ljus sal – det är aktivitetsbaserade arbetsplatser som gäller på den anrika skolan. Martin McKee svarar extremt snabbt med utarbetade resonemang, som om han hört alla frågor på förhand. Vilket han säkert har. Han sitter med armarna i kors, naglar fast mig med blicken. Jag har svårt att ens titta ner i mina anteckningar.

ISÄR FALLER TINGEN

– Det finns ett känt citat från en amerikansk författare från 1929: ”Det är svårt att få en man att förstå något om hans inkomst hänger på att han inte förstår det.” Sjukvårdssystem är komplexa. Mänskliga kroppar är komplexa. Grupper av människor är komplexa, de beter sig inte alltid som man förväntar sig. Sjukhus är levande organismer, de är inte bara byggnader av cement.

När det gäller hälsa hänger allt ihop: ekonomi, jämställdhet, utbildning, social samhörighet, ensamhet, arbetslöshet, bostadsförhållanden. Och såklart även mat, vikt, motion, rökning och trafiksäkerhet. Det brukar kallas de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa. Om samhället går bakåt kommer sjukvården behöva ta hand om konsekvenserna.

Storbritannien ligger i topp när det gäller inkomstskillnader i EU och OECD. De rikaste 10 procenten av befolkningen äger hälften av all rikedom i landet, den fattigaste tiondelen bara 0,02 procent. Den förra, konservativa premiärministern Rishi Sunak är en av miljardärerna. Bostadsförhållandena är usla, marknaden satt ur spel. I London finns det stora spöckvarter med tomma lägenheter som bara är passivt kapital för oljemiljardärer, medan hemlösheten är utbredd, detta har bland annat skildrats av den svenska dokumentärfilmaren Fredrik Gertten i filmen *Push*.

I Sverige har ojämlikheten också ökat under flera decennier. Ekonomikomentatorn Andreas Cervenka vann Stora journalistpriset 2022 med sin bok *Girig-Sverige: så blev folkhemmet ett paradis för de superrika*. I boken visar han hur samhällets övre och undre skikt glider isär, och förklarar hur politiker från höger och vänster möjliggjort detta. De senaste åren har utvecklingen gått särskilt fort: kurvan över antalet miljardärer i Sverige ser ut som en hockeyklubba, en lång, flack linje med en mycket skarp sväng rakt upp runt 2018.

Enligt organisationen Oxfam äger de fem rikaste svenskarna mer än 60 procent av Sveriges befolkning, och sedan 2020 har

ÅK TILL AKUTEN

99 procent av svenskarna blivit fattigare medan de tre rikaste svenskarna ökat sina förmögenheter med 29 procent. Under inflationskrisen tappar löntagare flera procent av sin lön medan vd:ar får ökade reallöner. Ica-handlarna å sin sida höjer priset på matvaror trots att inköpspriset inte ökar, och matjätten har i flera år gjort rekordvinster. Även bankerna gör rekordutdelningar, vilket den moderata finansministern Elisabeth Svantesson kallar ”stötande”. Hon drar också slutsatsen att ”marknaden fungerar helt uppenbart inte som den ska”.

Också i Sverige har vi börjat se rörelser i den förväntade livslängden. Folkhälsomyndigheten har konstaterat att medellivslängden för lågutbildade kvinnor nu sjunker, särskilt för ensamstående. I en studie från 2025 konstaterar svenska forskare att skillnaden i förväntad livslängd mellan rikare och fattigare svenskar har mer än tredubblats sedan 1960-talet.

Jag frågar professor McKee hur mycket ett bra sjukvårdssystem egentligen bidrar till hälsa, jämfört med annan folkhälsopolitik. Jag har sett siffror på att själva sjukvården bara kan ge 20–30 år, och att andra faktorer står för resten. Han svarar att det är en ointressant fråga att försöka räkna på. Allt hänger ändå ihop.

– Det beror på var man börjar räkna. Sjukvården plockar bara upp resterna av samhället. I länder som Spanien och Italien kommer behovet av vård för hjärt-kärlsjukdomar vara lägre eftersom man äter medelhavsdiet där, säger han.

Att det bara är de hårt arbetande primärvårdsläkarna som är orsaken till spanjorernas långa livslängd är såklart en för enkel förklaring. En folkhälsoprofessor jag pratade med i Madrid kallade kombinationen av de fina hälsotalen och den billiga sjukvården för ”det spanska miraklet”. Det finns flera teorier om varför spanjorerna har god hälsa: frukt och grönt som växer lätt i trädgårdarna, starka familjeband, siestan, värmen som öppnar för att röra sig mycket utomhus, ett stabilt

ISÄR FALLER TINGEN

sjukvårdssystem. En betydande andel svenska pensionärer flyttar till Spanien för att ha ”ett gott liv” under ålderns säsommars. Livet i Storbritannien verkar dock för en stor del av befolkningen vara som en evig kall november.

Martin McKee och hans forskarkollegor har landat i ett orsaksförhållande mellan åtstramningspolitiken och de försämrade hälsoresultaten. I epidemiologisk forskning brukar man vara försiktig med att prata just om tydliga *orsaker*, man uttrycker sig mer i termer av potentiella *samband*. Är alla överens om att orsakerna är sanna? frågar jag.

– Nej. De som designade åtstramningarna förnekar det. För mig står det helt klart att åtstramningarna orsakat stor skada, inte bara för hälsoresultaten. Vi har visat det när det gäller bostadosäkerhet, matosäkerhet, arbetsosäkerhet.

– Regeringens politik som minskat bidragen till familjer har lett till att barn hamnat i fattigdom. Många barn kommer hungriga till skolan i Storbritannien.

Barnfattigdomen har ökat kraftigt. Det finns till och med mätningar som visar att barnen som vuxit upp under åtstramningsåren är kortare än i jämförbara länder, på grund av undernäring. I många skolor finns matbanker, och 2023 rapporterades det att hälften av alla statliga sjukvårdsorgan planerade att starta matbanker till sin personal, eftersom matpriserna var högre än på 45 år. Bristsjukdomar som raket (också kallad engelska sjukan) och skörbjugg får läkare och forskare att prata om en återgång till den viktorianska eran. Skräpmat med högt kaloriinnehåll men lite näring är billigast, vilket leder till den paradoxala situationen att barnen både blir överviktiga och undernärda. I Skottland, där man tydligare försökt komma till rätta med barnfattigdomen, har inte spädbarnsdödligheten ökat som i Wales och England, påpekar Martin McKee.

– Mycket av det är sunt förnuft, för att vara ärlig. Om man lämnar människor i kalla, fuktiga hus utan pengar till mat så

ÅK TILL AKUTEN

kommer de bli sjuka. Det visste folk under den viktorsianska eran. Man behöver inte vara epidemiolog för att veta det.

Om det är så tydligt, varför slår det inte igenom i politiken? frågar jag.

– Det finns en stark tro på liberalism i regeringen, en ideologi som säger att alla ska vara fria att göra vad de vill. Och deras grundposition, som vi såg i pandemin, är att hitta en stor konsultbyrå för att lösa problem och ge dem pengar i stället för att mobilisera människor. Ideologi och korruption. Det här landet är väldigt korrupt, det såg vi under pandemin. Det har en yta av respektfullhet, men det är tjänstemannakorruption.

Han tar upp hur skattemiljoner gick upp i rök när munskydd och skyddsutrustning snabbt skulle upphandlas under pandemin. Det mest kända exemplet är när den konservativa parlamentarikern och baronessan Michelle Mone och hennes man lyckades landa ett kontrakt på 200 miljoner pund, via en särskild VIP-upphandlingskö. Men skyddskläderna de skulle leverera var inte sterila och kunde inte användas. Mone förnekade länge någon som helst koppling till företaget, men är nu under utredning för mutbrott. Den brittiska hälsomyndigheten hävdar att hennes man tjänade 65 miljoner pund på affären, varav 29 miljoner gick till henne.

I Transparency Internationals korruptionsmätning 2024 har Storbritannien en tydligt negativ trend och ligger efter många västländer. Sverige erhöll i samma mätning sin sämsta placering sedan 1995, då undersökningarna började. Vi är ett av de fem EU-länder som har den sämsta utvecklingen, och just att vi inte tror att vi har korruption i samhället brukar pekas ut som en riskfaktor. ”Vilken tur att det händer i Sverige, annars hade det varit korruption”, som komikern Ola Söderholm har formulerat det.

I början av sin karriär studerade Martin McKee Östeuropa, där försämrade hälsostatistik var en signal om att det sovjetiska

ISÄR FALLER TINGEN

systemet var på väg att kollapsa. En signal som man negligerade. Om sjunkande hälsa är ett tidigt tecken på nationell kris, som i Sovjetunionen, så har Storbritannien problem, anser McKee och hans kollegor.

Jag påpekar att det måste kännas hemskt för honom att under sin långa karriär först se enorm framgång i folks hälsa och liv i Europa, för att sedan bevittna hur allt faller isär. På 1990-talet var vi alla hoppfulla, säger han, men nu är situationen ”djupt deprimerande”. Han konstaterar att alla civilisationer faller till slut. Han låter som den irländska poeten som fick namnge forskningsartikeln *Things fall apart*, men hundra år senare: William Butler Yeats var övertygad om att hans civilisation var på väg att gå under, och han såg sin dikt som profetisk. Fascismen som följde under 1920- och 30-talen trodde han var slutfasen.

Ju längre vi pratar, desto hopplösare känns det. Att medier målar upp en mörk framtid är en sak, men när en så erfaren och kunnig forskare som Martin McKee gör det känns det bedrövligt.

– Lyssna inte på min generation, säger han. Det är Greta Thunberg-personerna i den här världen som faktiskt kan se vad som händer. Som den lille pojken i H C Andersens ”Kejsarens nya kläder”.

Och sen, med samma rapphet, klipper han av.

– Något mer?

Hur mår den svenska vården – egentligen?

Trots alla krisrubriker går det faktiskt ganska bra för svensk sjukvård. Det är en paradoxal bild. Samtidigt som vi har resultat i världsklass inom vissa områden har vi stora brister och enormt missnöje i andra delar. Larm om "krigssjukvård" å ena sidan, topplaceringar å den andra. Vad man ser beror på var man tittar. Vad stämmer egentligen?

Högst upp på Drottninggatan i Stockholm finns en liten och för många okänd myndighet. När den svenska sjukvårdsmarknaden började blomstra efter millennieskiftet var tanken att patienterna genom sin nya valfrihet skulle främja de bästa vårdgivarna, och för det behövdes oberoende kvalitetsinformation. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är som "en finnis tonåring" jämfört med Socialstyrelsen och dess 250 år långa historia, säger generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Men en viktig sådan. En som ska vara som "salt i systemet".

En del av myndighetens identitetsskapande som tonåring är en skrikig gröngul färg som täcker hela väggen i hisshallen på trettonde våningen, liksom deras kaffekoppar, mattor och rapporter. Vill man nå ut med torra fakta i ett politiserat och känslomässigt debattklimat måste man kanske ta till lite grafiska knep, tänker jag när jag kliver in på myndigheten. Med mig har jag frågan: Hur mår svensk vård bortom rubrikerna?

Jean-Luc af Geijerstam säger att hans myndighet har ett

ÅK TILL AKUTEN

ansvar att nå ut bredare, både mot beslutsfattare och befolkning. För att försöka förmedla nyanserna. Det paradoxala.

– Annars uppstår den här snabba, slagiga kortsiktigheten som är en plåga för systemet.

Han är läkare och har en bakgrund på myndigheten Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, som har som uppgift att systematiskt granska forskning. Som läkarstudent började han på SBU på 90-talet, mitt under framväxten av *evidensbaserad medicin*, som i dag är både vår räddning och vår pina. Men mer om det lite senare.

Den dubbla bilden av svensk sjukvård, kraftigt bristande och världsbäst, är något han verkligen känner igen. Han funderar på om det är typiskt svenskt.

– Vi har den allmänna berättelsen om svensk sjukvård som skruttigt och dålig. Vi pratar i termer av kris, även vi som jobbar i vården faller ofta in i det där.

Men när han sedan åker ut på internationella konferenser, möter andra länder och berättar om Sverige träder den andra bilden fram:

– Då kan man inte ta med sig en känsla från debattartiklar utan då måste man ha med sig fakta. Och då ser det ganska bra ut.

I Sverige har vi haft en väldigt positiv utveckling över tid när det gäller viktiga mått som ”åtgärdbar dödlighet” och medellivslängd, påpekar Jean-Luc af Geijerstam. Vi ligger mycket bra till i internationella jämförelser kring diabetesvård, cancervård och barnhälsovård.

– Men sedan har vi det här klassiska, som vi hållit på med i decennier: tillgänglighet och ojämlikhet, som är systemsvagheter.

Myndighetens rapport ”Vården ur befolkningens perspektiv” är deprimerande läsning. Jämfört med nio andra OECD-länder sticker Sverige ut negativt på flera sätt. Vi är absolut sämst när

HUR MÅR DEN SVENSKA VÅRDEN – EGENTLIGEN?

det gäller fast läkarkontakt i primärvården med bara 32 procent, medan genomsnittet i undersökningen ligger över 80 procent. Som väntat är det också fler i Sverige som besökt en akutmottagning som svarar att de kunde ha behandlats på sin ordinarie mottagning om personalen varit tillgänglig. De som är sjukare och har en lägre utbildning har en sämre upplevelse, de som har en fast läkarkontakt har en mer positiv.

Andelen som upplever att de inte blir tagna på allvar, eller till och med orättvist behandlade, sticker också ut. Det verkar vara kopplat till känslan att vårdpersonalen inte ägnat en tillräckligt mycket tid, vilket vid en första anblick kan verka konstigt givet våra långa besökstider (50 patienter per dag för en allmänläkare i Spanien, 10–15 i Sverige). Men vi är också överlägset sämst i klassen på frågan om personalen känner till ens sjukdomshistoria. Det här hänger också ihop, såklart. Om man nästan varje gång möter en ny person och behöver dra hela sin livshistoria igen, då krävs ju tid. Enormt ineffektivt och otillfredsställande både för läkare och patient. Och dyrt.

Bäst är, föga förvånande, Nederländerna. På område efter område glänser deras stapel allra högst i toppen av diagrammen. Andelen som har en fast läkare i primärvården är nästan 100 procent.

Varför får vi inte till någon bra primärvård i Sverige, trots allt vi vet om dess positiva systemeffekter? frågar jag.

– Det är fascinerande, jag tänker på det gång på gång, säger Jean-Luc.

Han tar upp läkaren och den folkpartiska politikern Barbro Westerholm. Hon har berättat att man en gång i tiden var på vippen att avskaffa de så kallade provinsialläkarna helt, eftersom förtroendet hos befolkningen var så mycket högre för sjukhusläkarnas privata öppenvårdsmottagningar. Provinsialläkarna arbetade ofta ensamma, med konstant jourberedskap, utan tillgång till fortbildning. Långt ifrån dagens vårdcentralsläkare

ÅK TILL AKUTEN

som specialistutbildas i allmänmedicin i fem år, vilket inkluderar flera års sjukhusarbete.

Men i stället för att avskaffa valde man att satsa, och 1968 öppnade den första så kallade vårdcentralen i skånska Dalby, med akademisk koppling till Lunds universitet. Två år senare kom sjukronorsreformen, som blev spiken i kistan för sjukhusläkarnas privata mottagningar. Alltmer började hänvisas till en offentlig primärvård under uppbyggnad, och snart fick vårdcentralerna också distriktsansvar för omkring tiotusen patienter vardera. Den flera decennier gamla visionen från Medicinalstyrelsens generaldirektör Axel Höjer om hälsocentraler närmare befolkningen, som vi bekantade oss med i början av den här boken och som Läkarförbundet blockerade, började till slut ta form.

Men trots stora visioner blev allmänmedicinen aldrig den stabila och självklara grunden för sjukvården i Sverige som WHO beslutat att den skulle utgöra, i Alma-Ata 1978. Genom decennierna har vårdcentralerna fått mängder av så kallade verbala satsningar, men det som framträder i svensk primärvårds historieskrivning är framför allt bristen på allmänläkare. Att sjukhusdominansen fortfarande är så stark ska förstås mot bakgrund av detta. Vi har helt enkelt inte en tradition av familjeläkare och distriktssköterskor som i många andra länder, varken i kåren eller i befolkningen.

Om vi har en underdimensionerad primärvård, men samtidigt EU:s lägsta antal vårdplatser, hur kan vi då ha så bra resultat? Om patienterna varken är på vårdcentralerna eller inlagda på sjukhusen, var är de då?

När jag ställer frågan på nätet rasar upprörda kommentarer in. Patienterna står ju i köerna eller ligger i timmar på akuten, svarar någon. Allting hålls ihop för att personalen vänder ut och in på sig själv och stressar halvt ihjäl sig, menar någon annan. Vi går ju så sällan till doktorn i det här landet jämfört med

HUR MÅR DEN SVENSKA VÅRDEN – EGENTLIGEN?

Tyskland, påpekar en tredje. Det här har Jean-Luc af Geijerstam också funderat på.

– Ja, varför är vi bra? Vi lägger ändå betydande resurser, vi utbildar och satsar. Nya behandlingsformer och läkemedel, där är vi bra. Vi hänger med och vi satsar på kunskap generellt.

När man väl får sjukvård – faktiskt kommer fram till vårdcentralen, hamnar i ett snabbt SVF-förlopp för sin misstänkta cancer, drabbas av en stor hjärtinfarkt, en svår depression eller diabetes – då verkar svensk vård finnas där med hög kunskap och moderna metoder. Men det däremellan – att ingen svarar när man ringer, att man inte vet vem som har det medicinska ansvaret, att man bollas runt – leder till ovisshet och otydlighet som skapar ett dolt lidande.

Organisatoriska mellanrum, kallar Jean-Luc af Geijerstam det. Där befinner sig patienterna.

Det som också döljs i övergripande statistik är ojämlikhet. När man bryter ner data är skillnaderna stora mellan regionerna, men ännu större mellan olika socioekonomiska grupper.

– När man träffar patientföreträdare ser man också det som verkligen inte är bra. Också på uppföljningsnivå. Gud, i den här stadsdelen blir de inte vaccinerade, de kommer inte på uppföljningar, socialtjänsten får inte tag i dem. Det är människor som behöver hjälp av samhället som inte får det. Så kan det inte vara.

Som många med djup kunskap inom hälso- och sjukvård betonar också Jean-Luc af Geijerstam vikten av långsiktighet och vision.

– Vi har ju en entydig hälso- och sjukvårdslag som säger så här: Det är de medicinska behoven som ska styra oss.

Men det är inte så politiken utformas.

– Då är det mer kortsiktiga satsningar. Efter en artikelserie i *Aftonbladet* om kris i vården smäller man till med tio miljarder.

ÅK TILL AKUTEN

Och de långa utvecklingslinjerna, som att primärvården borde stärkas, gör vi ju inte på en mandatperiod.

Men politikerna är inte de enda maktspelarna i den här problematiken. När jag gick på läkarlinjen hade jag en naiv bild av att resurser till vården dimensioneras efter hur stora behoven är, på något klyftigt vetenskapligt vis. Diabetes: så här många individer, så här dyra läkemedel = så här många diabetesspecialister och så här mycket pengar. När jag sedan kom ut på praktik och passerade alla kliniker i tur och ordning – medicin, kirurgi, psykiatri, gyn och förlossning, barn, primärvård – förstod jag att verkligheten var betydligt mer ... mänskligt präglad.

Specialiteters popularitet och historiska anseende, maktstrider, fina och fula sjukdomar, könsskillnader, läkarnas kamp om revir, favoritpatienter och även läkemedelsbolag har format den komplexa vårdapparaten betydligt mer än de faktiska behoven. Ju smalare, mer högteknologiskt och ofta mer manligt dominerat, desto finare fält. Det har till och med ett eget uttryck: *boys and toys*-fenomenet.

Thoraxkirurger får respekt och resurser, familjeläkare prioriteras ner. Trots att allmänläkarna kan hjälpa betydligt fler än de väldigt få individer som någon gång i livet behöver få bröstkorgen uppsågad. Trenden är densamma över hela världen.

Det finns en tendens hos läkare att sucka över slipsnissar som Jean-Luc af Geijerstam. Han berättar till och med att de säger det till honom: Lägg ner det där pappersvändandet och kom och jobba på golvet, gör lite riktig nytta i stället. I fikarummen på sjukhusen hävdas det kaxigt: Om ni bara låter oss i professionen styra så kommer allt bli bra.

Men de läkarorganisationer Jean-Luc af Geijerstam träffar är ändå mest intresserade av sina egna områden. Omsorgen om systemet – varför kontinuiteten är så dålig, varför vi inte samarbetar över klinikerna kring patienter med många olika

HUR MÅR DEN SVENSKA VÅRDEN – EGENTLIGEN?

behov – finns inte där. Ingen bryr sig om de organisatoriska mellanrummen. Alla vill bara ha mer resurser till just sina fält.

Många brukar hävda att vården är alltför detaljstyrd ovanifrån. Men Jean-Luc tycker att den faktiskt är ganska professionsstyrd. Av läkarna.

– Fast de fattar det inte riktigt själva. Och då tycker jag att de också borde känna sig ansvariga för det som inte fungerar. Och för jämlikheten.

Jag tänker på de bråk som jag många gånger hamnat i och bevittnat mellan specialiteter. När alla har ont om vårdplatser, när alla värnar sina egna stressade sjuksköterskor, när alla har separata klinikbudgetar uppstår det konflikter om var patienterna rent fysiskt ska ligga. Det är pinsamt och det är ovärdigt. Och farligt.

Har man behov på sjukhus som kräver vård på flera specialistkliniker – samtidig njursvikt som kräver en internmedicinare, stopp i tarmen som kräver en kirurg och psykisk sjukdom som kräver en klok psykiatriker – kan man vara illa ute. Problem nummer ett: På vilken avdelning ska man ligga? Problem nummer två: Läkarna måste hjälpas åt och samarbeta. Ofta går det bra, men ibland blir det bråk. Bråken talar man inte om utåt, men alla i vården har upplevt dem och sett hur patienter hamnar i kläm. Äldre kollegor vittnar om att det blivit värre i takt med att vårdplatsbristen ökat. Det har också gett upphov till det hemska uttrycket att försöka ”sälja in” en patient till en annan klinik för att få en extra vårdplats.

På sjukhusen är de flesta övertygade om att vi behöver en starkare primärvård och bättre samarbete, men ingen är beredd att minska sin budget för att flytta pengar till vårdcentralerna. I relationen mellan primär- och sekundärvården finns mycket ilska och frustration. När Region Jönköpings län införde ett system där sjukhusläkarna och allmänläkarna gavs lättillgängliga telefonnummer till varandra för att öka samordningen

ÅK TILL AKUTEN

kring patienter fick det nationell uppmärksamhet. Projektledaren föreläste i region efter region om hur de gått till väga. Södersjukhuset i Stockholm basunerade 2024 ut att deras pilotprojekt ”prehospital konsultation” lett till kortare vistelsetider på akuten. Arbetsmetoden: Läkarna började ringa varandra innan patienterna hänvisades till akuten. Denna pinsamt enkla sak – plocka upp telefonen och ringa en kollega – beskrivs som nydanande. ”Fem minuter på telefonen kan spara upp till två timmar i vårdprocessen”, triumferade personen med titeln ”verksamhetsutvecklare och förändringsledare”. På sjukhuset jag besökte i Nederländerna var det just så man hanterade varje akutpatient.

I en debattartikel i *Läkartidningen* skriver 12 läkare från olika medicinska fält att vi håller på att glida längre och längre ifrån varandra. De hävdar att vi ”läser remisser som Försäkringskassan läser sjukintyg”, underförstått att vi letar fel och är allmänt ohjälpsamma mot varandra. Artikeln inleds:

”Aldrig har den samlade medicinska kunskapen varit så omfattande och sjukvårdens möjligheter så stora som nu. Aldrig har behovet av god kommunikation och samarbete mellan läkare över klinik- och specialitetsgränserna varit större. Paradoxalt nog har olika typer av gränsdragning och kommunikationsproblem aldrig upptagit en större del av vår tid och energi.”

Den ”systemkänsla” som Jean-Luc af Geijerstam tycker saknas, både hos politiker och professionerna, försöker de 12 läkarna mana fram. De skriver:

”Det är viktigt att vi rannsakar oss och identifierar vår egen eventuella delaktighet i att upprätthålla systemproblemen. Om inte vi kollegor orkar visa generositet och respekt för våra olika uppdrag och deras inneboende svårigheter, hur ska vi då kunna få andra yrkesgrupper, verksamhetsledning eller tjänstemän och politiker att göra det?”

Ett sätt att få fram starkare systemkänsla är kanske mer

HUR MÅR DEN SVENSKA VÅRDEN – EGENTLIGEN?

nationell sammanhållning. Det är i alla fall en av tankarna bakom utredningen om helt eller delvis förstatligande av vården, som Jean-Luc af Geijerstam leder. Det är en fråga som Kristdemokraterna länge drivit utan något större gensvar, men efter pandemin och med krig i vårt närområde hörs fler och fler röster som önskar en ökad nationell samordning.

Det brukar sägas att läkare är en av de svåraste grupperna att leda. Genom hela historien har de satt sig på tvären och hindrat politiska förändringar av sjukvården. Ibland för att det missgynnat dem själva, ibland för att förslagen varit urbotadumma. De försvarar envist sina egna arbetsvillkor och löner, men också sina patienters behov. Då och då krockar dessa dubbla intressen. Men för stark styrning ovanifrån kan också hindra innovation. Många i vården är passionerade kring sina patienter, besjälade av att utveckla sina metoder, av att forska, effektivisera och förbättra.

När jag som läkarstudent kom ut på klinikerna såg jag inte bara maktkamperna, utan också hur enskilda individer byggt upp enastående mottagningar och vårdflöden. Ett sjukhus har en fantastisk stomimottagning för att sjuksköterskan Ulla finns där. Men sedan går Ulla i pension och tusentals människor i hennes område får plötsligt ingen stomivård. Eller barnmorskan Britt-Marie och hennes passion för kvinnor med stark förlossningsrädsla, som finns på en mödravårdscentral men inte på en annan. På mitt sjukhus finns en syster Eva som kan varje njurpatient, och deras anhöriga, utantill. Hur ska man styra fram sådant? Jean-Luc känner igen dessa Ullor, Britt-Marior och Evor.

– Det är en vacker illustration av behovet av båda nivåerna. För det kan också finnas en dålig stomimottagning, som någon måste hålla koll på. Vi har kommit överens om vad som är patientsäkert och bra kvalitet, och då måste det finnas någon som tar tag i det. Men de här Ullorna är många. De gör skitbra grejer. Apropå varför helheten blir så bra.

ÅK TILL AKUTEN

Det stora orosmolnet för hälso- och sjukvården i framtiden, inte bara i Sverige utan i hela västvärlden, är den åldrande befolkningen. I decennier har man varnat för den ökade tyngd på välfärdssystemen som det kommer att innebära när en allt äldre befolkning ska försörjas av allt färre yrkesarbetare. Socialdemokraten Pär Nuder kallade 40-talistgenerationen för ”ett köttberg” år 2004, ett ord som bet sig fast i debatten. Nu har tjugo år gått, 40-talisterna är i 80-årsåldern. Men systemet är ännu inte knäckt. Allt tuffar ändå på, trots kris och larm. Hur kan det hålla, och när går det sönder? frågar jag.

– Jag har också tänkt så: När kommer krisen? Vi har successivt gjort en del av det strategiska, vi har effektiviserat, men vi har också prioriterat. Än så länge har vi lyckats möta den här omöjliga utmaningen.

En av prioriteringarna är att titta på den ambitionssänkning som verkar ha skett i äldreomsorgen, berättar Jean-Luc. Trots pandemin – de stora dödstalen på äldreboendena, alla lärdomar om hur tunt bemannat det var – har det inte åstadkommit något politiskt för att förbättra förhållandena. Gällande äldreomsorgsfrågan sa den tidigare statsepidemiologen Anders Tegnell 2023 att det känns ”som att vi inte har lärt oss någonting”.

I en rapport har myndigheten tittat närmare på frågan, som Jean-Luc af Geijerstam kallar ”extremt oaptitlig politiskt”. I äldreomsorgen har kostnaderna ökat mindre än befolkningsutvecklingen, vilket tolkas som en ambitionssänkning. De senaste tjugo åren har personaltätheten minskat. När myndigheten gav rapporten till ansvarig minister kallade hon den för ”farlig” och ifrågasatte hur fynden presenterades, enligt Jean-Luc af Geijerstam.

– Man kan ju inte vara ansvarig för politik i regeringen och sänka ambitionerna.

Myndigheten ska vara oberoende och berätta hur det ligger till, påpekar han. Även om ministrarna misst tycker.

HUR MÅR DEN SVENSKA VÅRDEN – EGENTLIGEN?

– Det svåra är att hitta balansen mellan vårdkris och förnekelse. Jag vill att vår myndighet ska ligga lite mitt emellan där.

Och berätta sanningar?

– Jag hoppas det.

Och sanningen ligger nog precis där, mitt emellan: vårdkris på vissa håll, utomordentligt goda resultat på andra. Ambitions-sänkning för äldrevården, ambitionshöjning på specialistnivån, och en primärvård som jobbar på bäst den kan, trots att den kört på fålgarna sedan den skapades. Och patienter som befinner sig i de där obehagliga organisatoriska mellanrummen. Ett lapptäcke.

Ett sätt att försöka råda bot på svensk sjukvårds problem har varit att successivt låta mer marknadsmässiga modeller ta plats. Myndigheten för vård- och omsorganalys skapades av just den anledningen. När de nya idéerna om att valfrihet skulle främja kvalitet sjösattes behövdes en oberoende myndighet som gav tydlig information till dem som skulle välja: patienterna.

För att förstå var vi hamnat, och vart vi är på väg, behöver vi återigen blicka bakåt. Det är dags att ta sig an en av de största stridsfrågorna i svensk välfärdsdebatt: Ledde marknadsanpassningarna till att det blev bättre eller är de en orsak till att vi står där vi gör just nu – mitt i sjukvårdsparadoxen?