

Sveriges ekonomi och sjukvårdens II

Rapport från en konferens 1997

SBU

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

STYRELSE

Kjell Asplund
Ordförande
Norrlands Universitetssjukhus

Marianne Boivie
Landstingsförbundet

Carin Gavelin
Spri

Olle Stendahl
Medicinska Forskningsrådet

Olof Edhag
Socialstyrelsen

Lennart Jonasson
Svenska kommunförbundet

Claes-Göran Westrin
Svenska Läkaresällskapet

Eva Fernvall Markstedt
SHSTF

Robert Leth
Sveriges Läkarförbund

Marie Åsberg
Karolinska Institutet

Margareta Palmberg
Landstingsförbundet

EXPERTGRUPP

Ulf Haglund
Ordförande
Akademiska sjukhuset

Monica Albertsson
Socialdepartementet

Dag Lundberg
Universitetssjukhuset
i Lund

Peter Aspelin
Huddinge sjukhus

Gudmar Lundqvist
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Nina Rehnqvist
Socialstyrelsen

Björn Beermann
Läkemedelsverket

Anna Stina Malmberg
Huddinge sjukhus

Leif Rentzhog
Sundsvalls sjukhus

Lars Jacobsson
Norrlands
Universitetssjukhus, Umeå

Margareta Möller
Primärvårdens FoU-enhet,
Varbergs sjukhus

Lil Träskman-Bendz
Universitetssjukhuset
i Lund

Bengt Jönsson
Handelshögskolan

Christina Nerbrand
Primärvården, Lund

Ania Willman
Vårdhögskolan,
Malmö

Chef SBU

Egon Jonsson

Läsanvisning

Denna rapport består av två delar:

□ De **vita sidorna** innehåller en kunskapssammanställning baserad på den vetenskapliga litteraturen. Den är utförd av experter som SBU har engagerat och vilka också ansvarar för dess innehåll.

□ De **blå sidorna** har skrivits av SBU:s styrelse och expertgrupp. De utgör en syntes av den ovan nämnda kunskapssammanställningen och innehåller därutöver ett antal slutsatser som styrelsen och expertgruppen ansvarar för.

SBU ger ut tre serier av rapporter. I den första serien presenteras utvärderingar som utförts av SBU:s arbetsgrupper. Dessa utvärderingar åtföljs alltid av en syntes med förslag till åtgärder, utarbetade av SBU:s styrelse och expertgrupp. Denna rapportserie ges ut med **gula omslag**.

I den andra serien, med **vita omslag**, presenteras aktuella kunskaper inom något område av sjukvården där behov av utvärdering kan föreligga. I samma serie ingår också svenska översättningar av kunskapssammanställningar som utförts i andra länder samt konferensrapporter.

Den tredje serien, de **blå rapporterna**, är engelskspråkiga publikationer från SBU.

Denna rapport kan beställas från:

SBU, Box 5650, 114 86 Stockholm
Besöksadress: Tyrgatan 7
Telefon: 08-412 32 00, Fax: 08-411 32 60
E-mail: info@sbu.se

Tryckt av SB Offset AB, Stockholm 1997
ISBN 91-87890-45-3

INNEHÅLL

Introduktion, <i>Gösta Gahrton</i>	7
1. Prioriteringar, mål och medel, <i>Jan Lindsten</i>	9
2. Den sjukvårdspolitiska inriktningen, <i>Margot Wallström</i>	23
3. Ekonomiska konsekvenser av vård och medicinsk forskning, <i>Egon Jonsson</i>	33
4. Den evidensbaserade sjukvården, <i>Christer Andersson, Mona Britton, Mora Kallner</i>	37
5. Förhållandet mellan behov av och resurser för vård och forskning, <i>Kjell Asplund</i>	49
6. Sveriges ekonomi, <i>Thomas Östros</i>	65
7. Paneldiskussion, <i>Gösta Gahrton</i> (moderator), <i>Anders Alvestrand</i> , <i>Christer Andersson, Ingrid Petersson, Lars Werkö, Marie Åsberg</i>	77
8. Konferensprogram	89
9. Föredragshållare	91

Introduktion

Gösta Gahrton

Jag vill börja med att presentera dem som kommer att delta i konferensen. Under förmiddagen medverkar bland andra socialminister Margot Wallström och vi är mycket glada för hennes närvaro. Ytterligare ett stadsråd kommer att delta på eftermiddagen, nämligen skatteminister Thomas Östros.

Akademien är företräd här genom Jan Lindsten, som är dekanus vid Karolinska Institutet. Konferensen är ett samarbete mellan SBU och institutionen för medicin vid Karolinska Institutet här på Huddinge sjukhus. Fyra representanter för SBU finns här: dess ordförande Kjell Asplund, före detta ordföranden Lars Werkö, SBU:s chef Egon Jonsson samt Mona Britton. De kommer alla att framträda, liksom Christer Andersson, som är sjukvårdsdirektör och Mora Kallner, vilka båda företräder landstingets sjukvårdsledning.

I eftermiddagens debatt deltar Anders Alvestrand, som är professor och chef för njurkliniken här på Huddinge sjukhus, Marie Åsberg, som är professor i psykiatri vid Karolinska Institutet och Ingrid Petersson,

som är departementsråd vid Socialdepartementet.

Sveriges ekonomi och sjukvårdens är ämnet för den här konferensen. Följande diagram visar att den andel av BNP som fördelas till sjukvården i Sverige är mindre än i många andra länder.

På grund av det kärva ekonomiska läget tvingas vi ofta till att stänga vårdplatser och förkorta vårdtiderna. Många av oss anser numera att vårdtiderna har blivit för korta och att patienterna skickas hem för tidigt samt att sjukhusen inte klarar av vårdgarantin.

När ekonomin är kärv finns också en risk att det sker en polarisering i samhället, exempelvis genom att äldre människor diskrimineras på olika sätt, inte bara inom sjukvården. Vi måste diskutera fördelningen av samhällets resurser inom sjukvården och mellan sjukvården och andra områden. Några exempel på att detta behövs är att man bara för ett år sedan grävde ner en högspänningsledning i Bergshamra för cirka 60 miljoner kronor i förhoppningen att därmed mins-

ka risken för leukemi. Ett sådant förfarings-sätt medför en kostnad av cirka en miljard kronor för ett räddat liv. Vägverket har nyligen sagt att ungefär 20 miljoner kronor kan det få kosta att rädda ett liv genom att förbättra vägar. Med antirökkampanjer kan man rädda ett liv för 30 000 kronor. Det är inte många som har satt upp några kostnadsgränser för att rädda liv, men när det är kärt om pengar kan det bli strid om vem som ska ha hand om dem. Då ekonomin är dålig för staten kan det också komma in andra kont-

roversiella aktörer på sjukvårdsmarknaden och den medicinska forskningen. Ett exempel är Tobaksbolaget som engagerar sig i forskningen angående effekten av rökning.

Socialministern har sagt att hon prioriterar vården högt – högre än sänkta skatter. Vi får hoppas att även skatteministern gör samma sak. Det ska bli intressant att höra hur statsråden presenterar sin syn på sjukvården och hur stor del av våra samlade resurser som kan användas till den.

Prioriteringar, mål och medel

Jan Lindsten

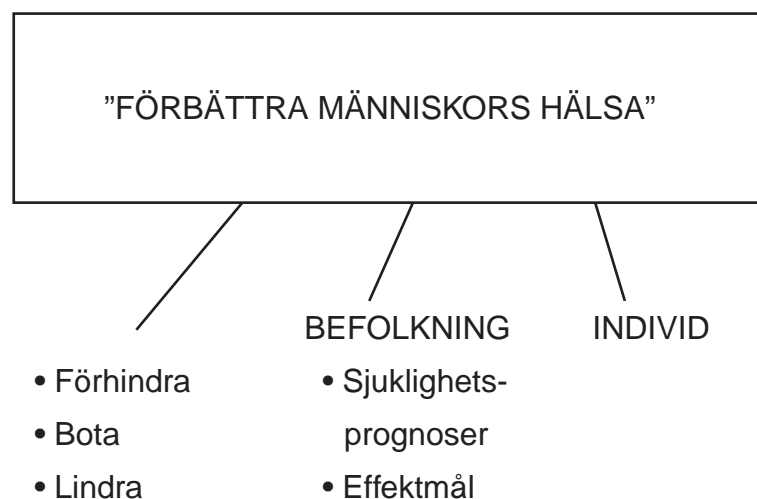
Detta inlägg baseras på mina tidigare erfarenheter som sjukhusdirektör och verksam inom sjukvården på flera områden under ganska många år.

I Sverige finns ett brett intresse för hälso- och sjukvårdsfrågor. Det finns också många synpunkter på dessa frågor, vilka naturligtvis inte är enhälliga. Allt som finns att säga om sjukvården har redan sagts i många olika former. Problemet är alltså inte att vaska fram nya idéer eller behandla de gamla idéerna ytterligare, utan utmaningen är att bland dem sortera fram en mer långsiktig strategi för hur man ska hantera de sjukvårdspro-

blem som de facto finns. Jag vill i det här anförandet försöka samla några synpunkter som jag tycker är viktiga i utarbetandet av en sådan sammanhållen strategi.

Många faktorer har bidragit till att vi har en bra sjukvård och ett gott hälsoläge i Sverige – låt oss ha det som en utgångspunkt för våra fortsatta diskussioner. Det finns emellertid en lång rad problem och som utgångspunkt för en strategi att angripa dem måste vi se till sjukvårdens uppgifter och mål. Vilka är egentligen hälso- och sjukvårdens uppgifter? (Figur 1.1, 1.2) Den skall förbättra människors hälsa genom vård, forskning

Figur 1.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN 80+1 GENERATIONER EFTER LASARUS – UPPGIFTER OCH MÅL (I)



**Figur 1.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN 80+1 GENERATIONER EFTER
LASARUS – UPPGIFTER OCH MÅL (II)**



Exempel på faktorer som är av värde för patienter:

- Personalen ställer sitt kunnande till patienternas förfogande så att patienten själv kan ta ett så stort ansvar som möjligt för sin sjukdom och dess behandling
- Personalens kompetens (kontinuerlig kompetensutveckling, ledarutveckling, forskning/utveckling/utbildning)
- Tid (patientflöden, vårdepisoder)
- Kvalitet (behandlingsutvärdering, kvalitetsutveckling)
- Kostnadseffektivitet (vårdforskning och hälsoekonomi, IT-stöd, organisation/struktur, incitament)
- Information

och utbildning. En sådan uppgiftsbeskrivning betyder att, om sjukvården inte kan visa att den förbättrar människors hälsa, finns det heller inget berättigande för den. Sjukvården har således en bevisbörda: den måste visa att den verkligen kan åstadkomma förbättring.

Med förbättring vill jag t ex mena att förhindra sjukdom och att bota och lindra. Man kan bryta ned detta på olika nivåer i organisationen och fråga sig: vad betyder detta för just den verksamhet vi sysslar med vid vår enhet?

För att kunna dimensionera hälso- och sjukvården krävs prognoser över hur vi tror att sjukligheten kommer att utvecklas – inte beskrivningen av hur den har varit. Vi borde skaffa oss en slags sjukvårdens Pohlman-prognos, som visar vilka problem vi står inför. Förmodligen kommer ett sådant arbete att halta lite grann i början, men ganska snart kommer prognoserna att bli bättre. Den stora fördelen med sjuklighetsprognoser är att därigenom identifiera hälsoproblemen och på basis av dessa kunna formulera effektmål, som man vill uppnå på befolkningsnivå, i stället för de produktivitetsmål som vi hittills tvingats arbeta med.

Man kan också se förbättrad hälsa ur individens synvinkel och då är det viktigt med grundläggande attityder om hur vi betar oss, hur vi skall ställa vårt kunnande till patientens förfogande, så att denne själv kan ta ett så stort ansvar som möjligt för sin sjukdom och dess behandling. Detta går naturligtvis inte alltid, men kommer att bli vanligare i framtiden, efterhand som patienterna blir alltmer välutbildade.

Man bör också analysera vad som är av värde för patienten. Personalens kompetens är naturligtvis en högst väsentlig fråga. Detta innebär krav på kontinuerlig kompetensutveckling av all personal. Kvalitet och tid är andra sådana faktorer. De ställer krav på utvärdering av de metoder vi använder, att kunna kvalitetsmäta, att kunna analysera flödet av patienter och vårdepisoder och krav på ledarutveckling, forskning och utbildning.

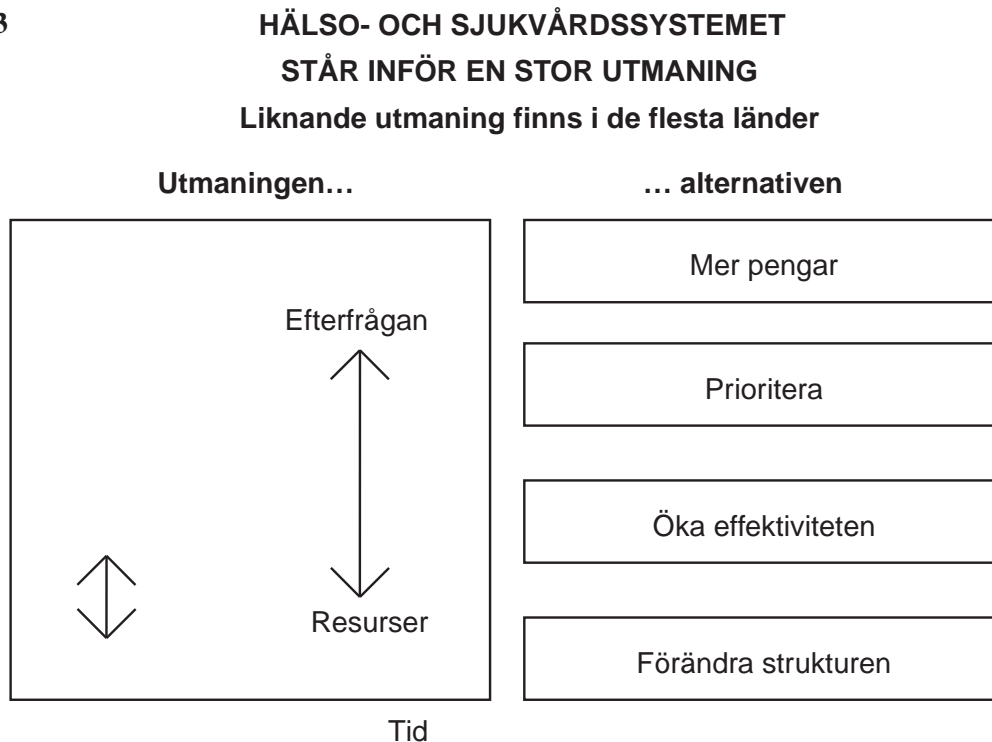
Kostnadseffektiviteten är också av betydelse för både patienten och skattebetalaren, vilket ställer krav på utökning av vårdforskningen och den hälsoekonomiska forskningen och förbättrad information genom IT-stöd.

På detta sätt kan man bryta ned den uppgift man ställs inför och sedan formulera vilka mål vi vill uppnå i förhållande till den uppgift vi har. Detta är skäligen banalt, men det görs inte med den tydlighet som skulle behövas för att komma till rätta med de problem som finns i världen.

Vilket är det grundläggande problemet i sjukvården? (Figur 1.3) Jo, att kostnaderna för vad som är möjligt att göra ökar. Det beror delvis på att vi blir äldre, men framför allt på innovationstakten inom medicinen. Det har aldrig funnits fler forskare i världen än vad det finns idag. Faktum är att det nu finns fler forskare än vad det sammanlagt har funnits i medicinens historia. Därför kan innovationstakten förväntas öka ytterligare och allt det nya kommer i de flesta fall att bli dyrare. I andra fall ändrar vi indikationerna för användning av nya metoder och får på så sätt ytterligare ökning av kostnaderna. Utvecklingen är positiv och kostnadsdrivande. Sjukvården kan göra alltmer för allt fler i allt högre åldrar. Problemet ligger i att resurserna inte ökar på samma sätt. När gapet mellan kostnader och resurser blir för stort får vi en ekonomisk kris och även en ledarkris. Ett viktigt skäl för mig att engagera sig i de här frågorna är att jag tycker att vi måste se till att vi har kontroll över gapet, så att vi kan ta tillvara allt det nya som kommer, att vi styr utvecklingen och inte flyter med som en pinne i en vårbäck.

Vad kan man då göra? Ja, egentligen inte så förfärligt mycket. Man kan stoppa in mer pengar i systemet och säga att sjukvården får kosta mer. Jag hör till dem som anser att det ska vi inte göra i alla fall inte utan eftertanke. Man kan stoppa in hur mycket pengar som helst och de kommer att sugas upp av systemet. Skall man öka resurserna så bör man veta exakt vilka effekter man vill uppnå – och se till att man gör det. En

Figur 1.3



annan möjlighet är att man för en diskussion om prioriteringar, men jag tror inte det är det primära för närvarande, även om det på sikt kan vara viktigt att föra en prioriteringsdiskussion. Det stora problemet inom sjukvården idag är inte ekonomiskt utan ledningsmässigt, på alla nivåer.

Jag tycker alltså att man borde starta med att formulera mål, helst effektmål, med utgångspunkt från de uppgifter som definierats och därefter ange en strategi för att uppnå målen. (Figur 1.4, 1.5) Jag inser att vi inte alltid har den kunskapsnivå som krävs för att ställa upp effektmål, men det skulle kunna gå att göra på väsentligt många fler områden än vad vi hittills har gjort.

När jag arbetade på Rigshospitalet i Köpenhamn diskuterade vi i oändlighet hur många vårdplatser för prematurt födda barn vi skulle behöva. Det fanns ingen som tog tag i det faktum att Danmark har högre perinatal dödlighet än övriga nordiska länder och utgick ifrån den frågan i stället; dvs hur kan vi reducera den perinatala dödligheten, så att den åtminstone kommer i paritet med de övriga nordiska länderna? Med den utgångspunkten skulle man kunna diskutera olika behövliga åtgärder. Antalet platser på prematuravdelningen blir då en konsekvens, och inte ett mål i sig. Andra åtgärder kanske är långt viktigare liksom att understödja samverkan mellan olika aktörer i det samlade åtgärdspaketet.

Figur 1.4

STRATEGI (I)

Ledning

Formulera mål och strategier

Organisation

- Reducera antalet finansieringskällor
- Tydliggöra beställar- och producentrollerna
- Se över strukturfrågor

Analysera patientflöden och vårdepisoder

Genomför teknologitvärdering

Inför incitament

Utnyttja teknikstöd (t.ex. IT)

Figur 1.5

STRATEGI (II)

Forskning/utveckling/utbildning

Utveckla vårdforskningen (t.ex. vad gäller epidemiologiska prognosinstrument, teknologitvärdering och vårdepisoder) och hälsoekonomisk forskning, så att politiska och administrativa beslut kan baseras på vetenskapliga data

Satsa på ledarutveckling

Se över grund-, vidare- och efterutbildningen inom olika vårdyrken

Ett annat problem i den svenska sjukvården är att den finansieras från tre olika källor: stat, kommun och landsting. Alla dessa har sin politiska organisation och sin administration. Jag kan inte förstå annat än att det måste försvinna effektivitet i interaktionen mellan de tre olika källorna. Jag skulle vilja

att man hade en hälsobudget inom varje region med samlad finansiering från de tre källorna, på ett tydligare sätt än vad man har gjort tidigare.

Det finns många exempel som kan illustrera avigsidorna med det nuvarande finansie-

ringssystemet, t ex det som beskrevs i en artikel i British Medical Journal för något år sedan. (Figur 1.6) Man hade konstruerat fiktiva patientbeskrivningar och sedan skickat dem till hundra kirurger och hundra primärvårdsläkare med frågan: Hur länge skulle ni sjukskriva de här patienterna? Variationen i sjukskrivning för en patient som genomgått en banal poliklinisk operation var 1–16 veckor. Kostnaden för själva insatsen på sjukhuset kan alltså vara betydligt lägre än motsvarande kostnad för sjukskrivningen. Den principiella aspekten på detta är att vi har ett

system där man fritt kan skriva ut checkar som någon annan betalar. Man behöver alltså inte ta konsekvenserna av sitt ekonomiska handlande, dvs de kostnader som man utlöser.

Ett annat exempel; för några år sedan förtidspensionerades cirka 50 000 människor om året i Sverige – nu är detta antal något lägre, eftersom man har angripit problemet. Det betyder dock att 50–60 procent av dagens svenskar inte förvärvsarbetar fram till pensionsåldern. Om vi utgår från siff-

Figur 1.6 VARIATIONS IN MEDICAL ATTITUDES TO POSTOPERATIVE RECOVERY PERIOD

A W Majeed, S Brown, N Williams,
D R Hannay, A G Johnson

Time off work recommended by surgeons and general practitioners for common surgical procedures. Values are median numbers of weeks (rangers) unless stated otherwise.

Type of work	Patients' age (years)	Surgeons' opinion	General practitioners' opinion	P-value*
Unilateral inguinal hernia				
Sedentary	25	2 (1–6)	2,5 (1–8)	0,1
Light manual	25	3 (1–8)	4 (2–12)	0,006
Heavy manual	25	4 (1–12)	6 (2–13)	0,0001
Sedentary	55	2 (1–6)	3 (1–8)	0,008
Light manual	55	3 (2–8)	4 (2–12)	0,004
Heavy manual	55	6 (2–12)	6,5 (3–16)	<0,0001
Haemorrhoidectomy				
Sedentary	25	3 (1–8)	2 (1–12)	0,001
Light manual	25	3 (1–8)	2 (1–12)	0,08
Heavy manual	25	4 (1–10)	3 (1–12)	0,46
Sedentary	55	3 (1–8)	2 (1–12)	0,07
Light manual	55	3 (1–8)	3 (1–12)	0,53
Heavy manual	55	4 (1–10)	4 (1–16)	0,85

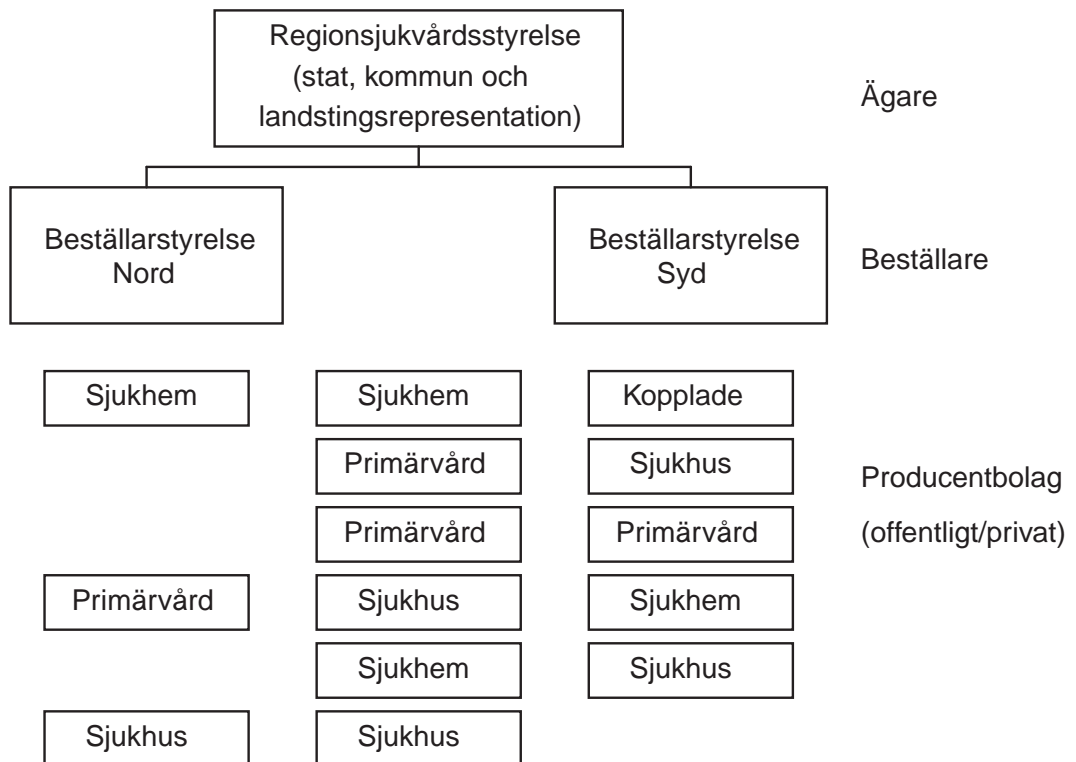
ran, 50 000 per år och räknar med 250 arbetsdagar om året, blir det 200 förtidspensioneringar per dag och, med åtta timmar per dag blir det 25 pensioneringar i timmen. I stort sett förtidspensioneras alltså en person varannan minut. Vem gör då detta? Jo, vi läkare! Även jag, trots att jag är genetiker, kan skriva intyg om behov av förtidspensionering. Men om jag skulle remittera en patient till ögonklinikerna för starroperation, skulle man inte lyssna till mig, med rätta naturligtvis därför att jag inte är specialist på ögonsjukdomar. Men jag är inte specialist på rehabilitering heller. Ändå får jag skriva ett sådant intyg. Kostnaden för en förtidspension är cirka 200 000 kronor per

år under i medeltal nio år. Det blir ungefär en miljon kronor i minuten. Låt oss säga att vi under en enda dag inte skulle förtidspensionera någon – det blir alltså 480 miljoner kronor, som vi skulle spara på det. Vi kan jämföra det med Medicinska Forskningsrådets årsbudget, som är 385 miljoner kronor.

Beställar- och producentrollerna skulle också kunna tydliggöras genom en total hälsobudget, där man sammanförde de kommunala och statliga resurserna. I Stockholms läns landsting borde man reducera antalet beställarstyrelser och i stället för nio skulle man kunna klara sig med två. (Figur 1.7) Politikerna skulle sedan verka på patien-

Figur 1.7

ORGANISATIONSFÖRSLAG



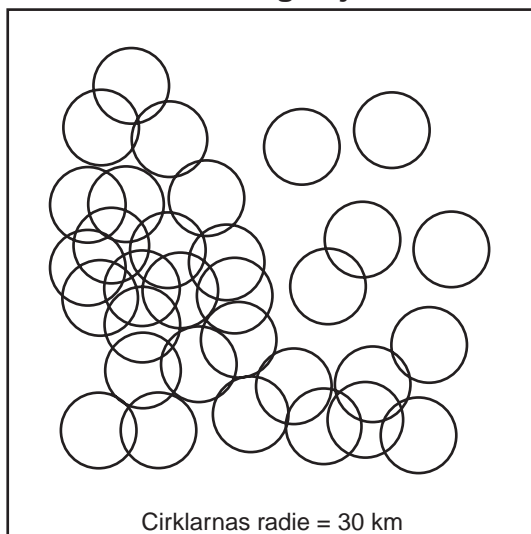
tens sida som beställare av sjukvård medan arbetet kan utföras av vårdenheter i form av bolag. Det blir mindre intressant vem som äger dessa bolag, men självklart skall det offentliga äga flera av dem. Man kan ha olika konstellationer i sjukhus, sjukhem och primärvård, men styrelserna bör vara professionella. Att man inte har gjort det här är en av orsakerna till att så många sjukhusdirektörer slutar. Man får bara ansvaret, men man får aldrig befogenheterna i dagens system. Uppgiften blir omöjlig. Politikerna letar efter ledare, men vill egentligen ha platschefer.

Om jag vore sjukvårdsminister, så skulle jag känna mig frustrerad över att jag inte hade möjligheter att utöva ett inflytande på hälso- och sjukvården i tillräcklig utsträckning, dvs genomföra min politik. Det beror

ju på att landstingen sitter på hela makten över sjukvården. De har beskattningsrätten och därför är sjukvårdsministern, den som är ytterst ansvarig för sjukvårdsfrågor, sidsteppad i systemet. Där har danskarna gjort någonting som är klurigt. Amterna har nämligen inte full beskattningsrätt, dvs det de får in på skatterna räcker inte för att betala hela sjukvården, utan de måste ha ett statligt bidrag också. Där sitter ministern på pengarna och kan på det sättet utöva sin politik i sjukvården. Då får man en nationellt övergripande strategi för sjukvården och inte strategier som enbart är lokaliserade till de enskilda delarna av ett land. Detta lär behövas eftersom strukturfrågorna kommer att bli avgörande. Jag hör till dem som tror att vi inom 25 år endast kommer att ha behov av ungefär hälften så många sjukhus som vi har här i landet idag. (Figur 1.8)

Figur 1.8 ÄVEN STRUKTURELLA FÖRÄNDRINGAR KOMMER ATT SKE

Många utvecklade länder har för många sjukhus...



Källa: Betänkning fra Sykehuskommissionen 1997

... och lägre vårdkvalitet pga för stark decentralisering

Till exempel: "För få operationer på för många sjukhus"

- Liten erfarenhet
- Sämre resultat
- Lägre patientkvalitet

En annan hörnsten i en strategi för att komma till rätta med sjukvårdens problem är att lägga till rätta patientflöden och vårdepisoder. Detta kräver att man måste mäta, mäta och mäta om igen för att se hur flödena ser ut. Vi tror att vi vet det men det gör vi inte förrän det är mätt. Som exempel kan nämnas att utnyttjandet av operationssalar i Sverige, Danmark, Nya Zeeland och Tyskland var i stort sett desamma. Endast omkring 40 procent av arbetsdagen var operationstid. Resten gick åt till sena starter, för tidiga slut och för långa bytestider samt administra-

tionsarbete. Däremot var operationstiderna inte längre än på andra håll i världen. (Figur 1.9) Genom ganska enkla åtgärder kan man effektivisera detta, vilket naturligtvis i sin tur kan ställa till problem på något annat ställe. Det är därför jag framhåller att man måste mäta om igen och tillrättaolika patientflöden kontinuerligt. På Karolinska sjukhuset lyckades vi på kort tid göra väsentliga besparingar och öka produktiviteten. I ett längre perspektiv måste dessa åtgärder utsträckas till att omfatta hela vård-episoden.

Figur 1.9

NYTT PERSPEKTIV ERBJUDER HÄPNADSVÄCKANDE BELÖNINGAR

Exempel

Lägre kostnad, ökad produktivitet	Ökad patientservice	Ökad motivation hos anställda																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Kostnad per behandling</td> <td style="text-align: right;">-20–25%</td> </tr> <tr> <td>Antal operationer per år</td> <td style="text-align: right;">+30%</td> </tr> <tr> <td>Koordinering av provtagningar</td> <td style="text-align: right;">20 → 80%</td> </tr> <tr> <td>Utnyttjande av avdelningar</td> <td style="text-align: right;">80 → 95%</td> </tr> <tr> <td>Bytestid (komplexa operationer)</td> <td style="text-align: right;">59 → 22 min</td> </tr> </table>	Kostnad per behandling	-20–25%	Antal operationer per år	+30%	Koordinering av provtagningar	20 → 80%	Utnyttjande av avdelningar	80 → 95%	Bytestid (komplexa operationer)	59 → 22 min	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Kortare väntetider</td> </tr> <tr> <td>• Bräck 32 → 3 veckor</td> </tr> <tr> <td>• Hörsel-hjälpmedel 2 år → 2 månader</td> </tr> <tr> <td>• Claudicatio 4 månader → 2 veckor</td> </tr> <tr> <td>Från remiss till mottagning</td> </tr> <tr> <td>• 3 månader → 1 vecka</td> </tr> <tr> <td>Färre operationsstrykningar</td> </tr> <tr> <td>• 12% → 3%</td> </tr> <tr> <td>Koordinering av provtagningar</td> </tr> <tr> <td>• 20% → 80%</td> </tr> <tr> <td>• Färre besök nödvändiga</td> </tr> </table>	Kortare väntetider	• Bräck 32 → 3 veckor	• Hörsel-hjälpmedel 2 år → 2 månader	• Claudicatio 4 månader → 2 veckor	Från remiss till mottagning	• 3 månader → 1 vecka	Färre operationsstrykningar	• 12% → 3%	Koordinering av provtagningar	• 20% → 80%	• Färre besök nödvändiga	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Förståelse för patientflöden</td> </tr> <tr> <td>• Egen roll i behandlingskedjan</td> </tr> <tr> <td>Ökat fokus på patientrelaterade uppgifter</td> </tr> <tr> <td>Större andel lagarbete</td> </tr> <tr> <td>Aktiv roll i sjukhusets förändringsprocess</td> </tr> </table>	Förståelse för patientflöden	• Egen roll i behandlingskedjan	Ökat fokus på patientrelaterade uppgifter	Större andel lagarbete	Aktiv roll i sjukhusets förändringsprocess
Kostnad per behandling	-20–25%																											
Antal operationer per år	+30%																											
Koordinering av provtagningar	20 → 80%																											
Utnyttjande av avdelningar	80 → 95%																											
Bytestid (komplexa operationer)	59 → 22 min																											
Kortare väntetider																												
• Bräck 32 → 3 veckor																												
• Hörsel-hjälpmedel 2 år → 2 månader																												
• Claudicatio 4 månader → 2 veckor																												
Från remiss till mottagning																												
• 3 månader → 1 vecka																												
Färre operationsstrykningar																												
• 12% → 3%																												
Koordinering av provtagningar																												
• 20% → 80%																												
• Färre besök nödvändiga																												
Förståelse för patientflöden																												
• Egen roll i behandlingskedjan																												
Ökat fokus på patientrelaterade uppgifter																												
Större andel lagarbete																												
Aktiv roll i sjukhusets förändringsprocess																												

Nyckelindikatorer	Sverige	Danmark	Nya Zeeland	"Best Practice" jämförelser
1. Effektivt utnyttjande av operationssalar	-40%	37%	-46%	Mayo clinic 88% (USA)
2. Bytestid mellan operationer	ø 59 min	ø 70 min	ø 57 min	Mayo clinic ø 12 min (USA)
3. Sängplatsutnyttjandegrad	87%	83%	83%	Sahlgrenska 98%
4. Andel dagkirurgi	20–30%	8–30%	-45%	Potential -50%
5. Andel patientvårdande tid för läkare och sjuksköterskor	20–30%	31%	-	60% Henry Ford-sjukhuset (USA)

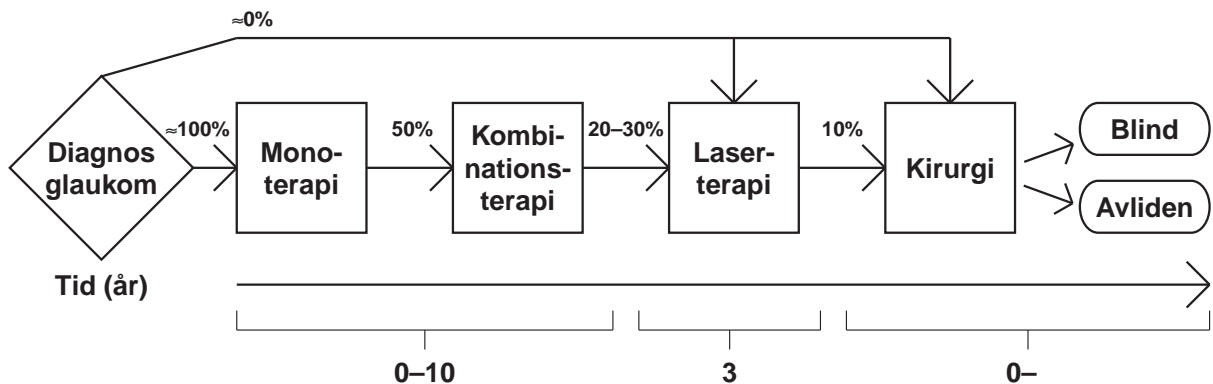
I en annan studie av patientflödet som rörde omhändertagandet av barn med astma, kunde man visa att det var ekonomiskt och kvalitativt lönsamt skicka patienten till barnallergolog för bedömning redan initialt. Genom att skicka dessa patienter till specialist på ett tidigare stadium, så hade det visserligen kostat mer i begynnelsen i form av utredningar och behandling, men i det längre förloppet hade man vunnit på detta, eftersom många av de akuta besöken och inläggningarna hade blivit onödiga. Sådana här undersökningar måste göras diagnosvis, eftersom det inte går att dra generella slutsatser från en diagnos till en annan. Eftersom ett fåtal diagnoser orsakar en mycket stor del av sjukvårdsbehoven kan man dock nå stora effekter genom att i första hand koncentrera flödesanalyserna till dessa.

Ett exempel på flödesanalys som slutade med ett ifrågasättande av hela flödet gällde behandling av grön starr. Man utfrågade ledande svenska ögonläkare och fick en entydig bild av behandlingsflödet. När patienten kommer mäter man trycket i ögat, ställer diagnosen och sätter in behandling med ögondroppar. För en del av patienterna är detta inte tillräckligt, utan trycket fortsätter att gå upp. Då får de i regel två olika läkemedel. En del patienter behöver emellertid också laserbehandling och en del behöver kirurgi. Verkligheten visade sig dock inte stämma med de vårdprogram man sade sig arbeta efter. (Figur 1.10, 1.11) I studien gjordes också kostnadsanalyser. När resultaten sedan redovisades på en konferens, ställde sig en man upp bland åhörarna och sade: ”Det här var ju intressant. Jag har alltid trott

Figur 1.10

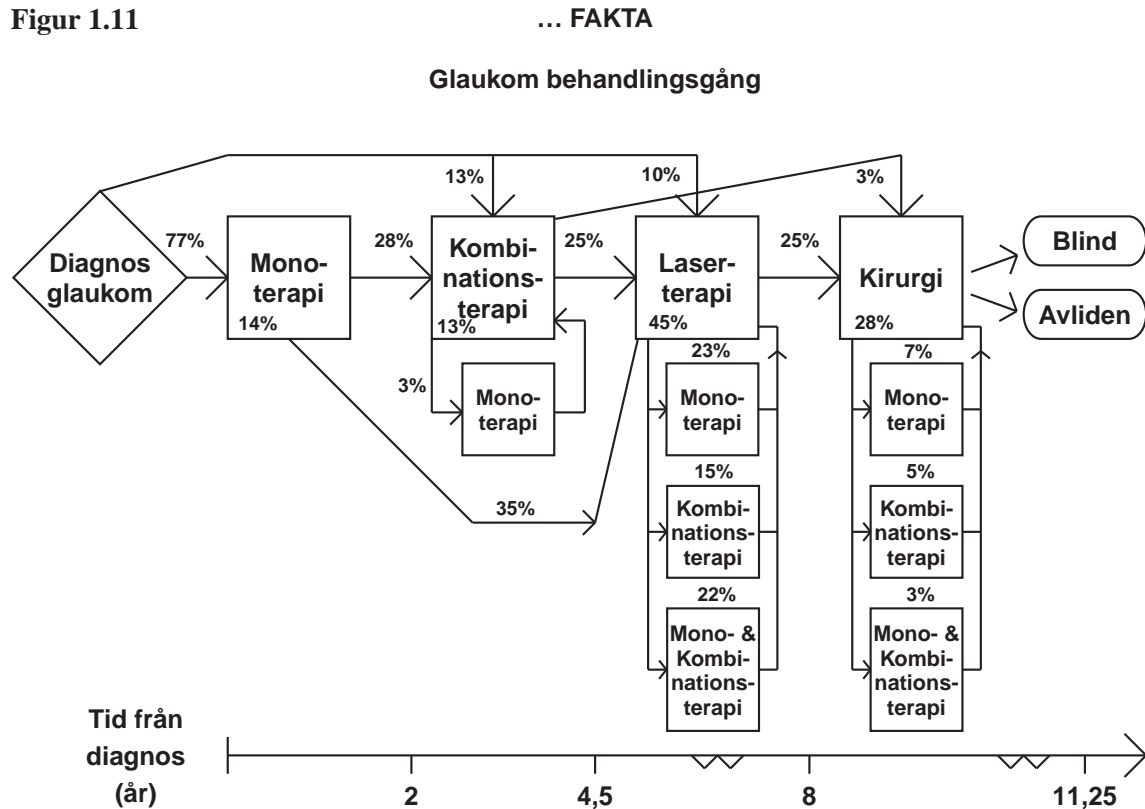
VAD MAN TRODDE...

Vad är behandlingsgången för glaukompatienter?



Källa: Uppsala Akademiska Sjukhus, Umeå Regionssjukhus, Karolinska Sjukhuset, St. Eriks Ögonsjukhus.

Figur 1.11



Källa: 60 patientjournaler, Uppsala Akademiska Sjukhus, Umeå Regionssjukhus, Karolinska Sjukhuset, St. Eriks Ögonsjukhus.

att det förhåller sig på det här sättet. Nu råkar det vara så att jag är ögonspecialist och jag kan addera till den här problematiken att fortfarande vet ingen om det alls hjälper att sänka trycket i ögat vid glaukom.” Behovet av evidensbaserad sjukvård är uppenbart.

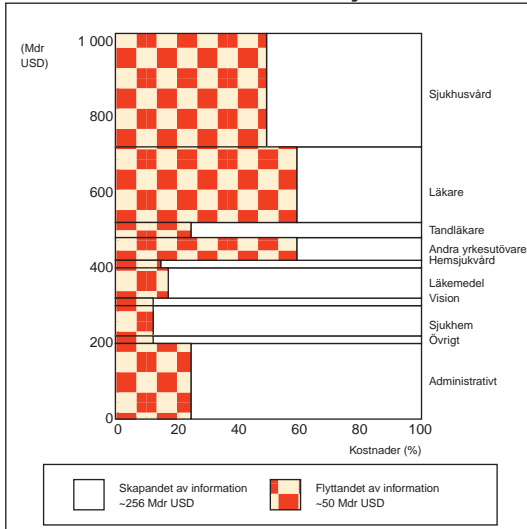
Det finns också ett stort behov av ytterligare satsningar på IT-stöd inom sjukvården. De investeringar som gjorts på området är mycket blygsamma, jämfört med tex bank- och försäkringsväsendet.

IT är bara ett hjälpmedel, men man måste först bearbeta arbetsprocesserna och sedan ta in hjälpmedel som stöder de processer som har behov av det. (Figur 1.12, 1.13) Man skall alltså vara försiktig med var investeringarna görs. IT-investeringar som har gjorts i bankvärlden kontrasterar mot produktivitetssökningen i branschen. Trots enorma satsningar på IT-funktionerna inom bankvärlden lyckades man i början inte påverka produktiviteten av det skälet att man först inte hade tillrättalade arbetsprocesserna.

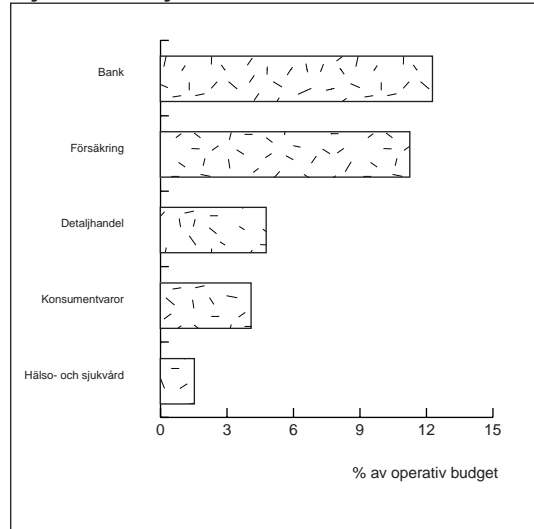
Figur 1.12

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ÄR EN "INFORMATIONSTUNG" SEKTOR

256 Mdr USD i beräknat informationsinnehåll
i USA:s hälso- och sjukvård



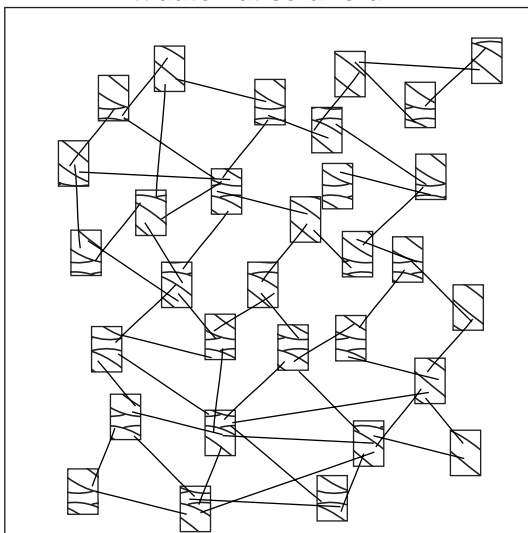
Lite IS/ITpengar spenderas i hälso- och sjukvården jämfört med andra branscher



Figur 1.13

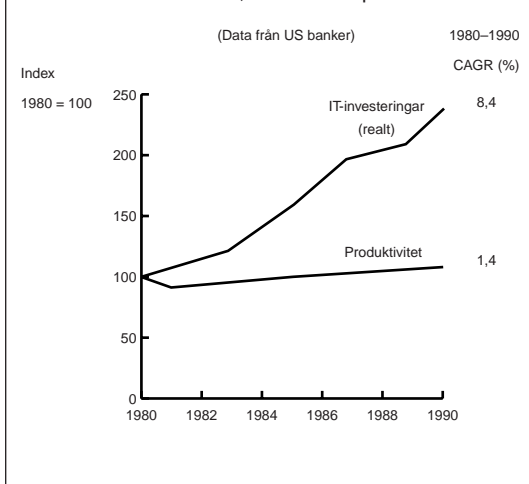
NY INFORMATIONSTEKNOLOGI OM INTE PROCESSERNA ÄNDRAS

Att automatisera röran...



... löser sällan problemen

Ökade kostnader, svårt att se problemen



Slutligen vill jag säga att det är angeläget att på ett strategiskt och planerat sätt utveckla vårdforskningen. Med vårdforskning menar jag inte enbart omvårdnadsforskning, utan evidensbaserad medicin, utvärderingar kring detta, hälsoekonomiska utvärderingar, analyser av patientflöden med mera. De beslut som skall fattas på alla nivåer inom sjukvården måste vara baserade också på vetenskapliga data och inte enbart på tyckande. Det här kräver alltså medvetna satsningar och planering.

Ledarutveckling är också väsentligt nu och Karolinska Institutet kommer att satsa på detta därför att så många av dem som utbildas där förr eller senare kommer att hamna i en situation där de kommer att få ett ledar-

ansvar. Jag tror också att vi måste se över utbildningen på ett ganska genomgripande sätt inom vårdsektorn. Mot bakgrund av den teknologiska utvecklingen och de oundvikliga strukturförvandlingarna kommer många sjukvårdsanställda att i framtiden arbeta inom vidare områden. Läkarutbildningen är idag fokuserad på de biomedicinska aspekterna och innehåller endast mindre delar av utvärdering, folkhälsovetenskap, hälsoekonomi, psykologi och etik. Jag tror att det är en typ av kunskap som framtidens doktorer kommer att behöva. Jag tycker därför det är oerhört intressant att Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting och SBU nu tecknar ett avtal för att gemensamt göra satsningar av det här slaget. Det ser jag som en väldigt stor framgång.

Den sjukvårdspolitiska inriktningen

Margot Wallström

Sjukvården är en verksamhet i ständig och ganska dramatisk förändring. Främst beror det naturligtvis på den medicinska utvecklingen och nya forskningsrön, som ger möjlighet att utveckla bättre mediciner än de som funnits tidigare och nya operationsmetoder med mera, vilka kan bota människor som tidigare inte kunde få någon hjälp av sjukvården. Under decennier har sjukvården fått nya resurser i takt med att Sverige blivit rikare och den offentliga sektorn getts ökade resurser. Detta har bland annat medfört fler vårdcentraler, nya sjukhus och framför allt mer personal. Men, man kan också göra den reflektionen att det inte bara gäller att göra saker rätt utan också att göra rätt saker. Det är där det måste börja – att göra rätt saker och bland annat tillämpa det som t ex SBU föredömligt har utvärderat och visat vara effektivt. Det bör få genomslag i den praktiska verksamheten.

Man talar nu om att ändra sjukvårdens struktur, dvs hur vårdresurserna i form av såväl byggnader som personal och kunnande kan användas på bästa sätt. Det som har skyndat på den här diskussionen är landets ekonomiska problem, men förändringarna hade

blivit nödvändiga ändå. Det finns inte utrymme att ha vårdplatser som inte utnyttjas eller jourläkare dygnet runt i 10-tals specialiteter på flera sjukhus med bara några mil emellan. En splittrad sjukvård kan också försämra vårdkvaliteten. Läkare som sällan utför en viss operation får sämre handlag än en som gör det ofta, och att samla specialiteter till färre sjukhus kan öka kvaliteten. Ibland kan man dock undra över reaktionerna på föreslagna förändringar. När t ex befolkningen i ett område slåss för akut-sjukvården men accepterar att annat flyttas ut, kan man fråga sig om man verkligen funderar över kvaliteten på sjukvården. Hur jämför man, vilken information får man som patient eller som medborgare, hur ska man kunna bedöma kvaliteten på det ena och det andra? Samtidigt är det självklart att omflyttningar skapar oro, många patienter med kontinuerliga kontakter med vården får möta annan personal eller gå till andra mottagningar än de vant sig vid.

Tusentals anställda berörs också när arbetsfördelningen ändras mellan kliniker och sjukhus och jag inser att det kan vara svårt att se hur förändringarna skall kunna ge

ökad effektivitet, när man på den egna vårdavdelningen arbetar på gränsen, en del skulle också säga över gränsen, av sin förmåga.

Jag är dock övertygad om att positiva förändringar är möjliga. Det mest uppmärksammade exemplet på senare tid är lungmedicinska kliniken i Linköping, som tilldelades utmärkelsen Svensk Kvalitet och det var, som ni alla här säkert känner till, första gången en verksamhet i den offentliga sektorn vunnit utmärkelsen, vilket i och för sig kan tyckas vara anmärkningsvärt, men också manar till efterföljd.

Vid den vinnande kliniken har man i flera år ägnat sig åt ett målmedvetet kvalitetsarbete. Det övergripande målet har varit att förbättra vården för patienten. Genom att intervjua personalen, granska sina egna rutiner och de medicinska resultaten har kliniken förbättrat sin verksamhet på många sätt. Patienterna är i stor utsträckning nöjda eller mycket nöjda med vården, personalen upplever ökad arbetsglädje, de medicinska resultaten har förbättrats och kostnaderna har sjunkit kraftigt. Förutsättningarna att upprepa det här konststycket varierar naturligtvis, men visst måste man försöka. På olika håll i landstingen pågår ett liknande arbete, och jag känner att det har börjat bli bra fart i kvalitetsarbetet.

Vi är just nu i behov av visioner och framtidstro. Samtidigt som de dagsaktuella frågorna diskuteras måste vi också orka lyfta blicken och se nya möjligheter. Under som-

maren har jag påbörjat en serie besök, som ska omfatta varje landsting, för samtal om vården, och vi kallar det just så: samtal om vården. Jag träffar patienter, personal och politiker. Vid de här mötena har jag ofta upplevt en mycket stor medvetenhet om den kärva ekonomiska situationen. Alla är medvetna om att det saknas pengar och att detta kommer att ställa krav på förändringar. Men det som många människor tar upp med mig som minst lika svårt och tungt i hälso- och sjukvården i dag, är just bristen på visioner.

Som man sade på en vårdcentral dit jag kom: det där med pengarna har vi hört så mycket. Landstingspolitikerna här talar ständigt och jämt om hur ont det är om pengar, men vart ska vi någonstans, vad vill ni med vården, kan ni beskriva om det är lönt att vi håller på så här, hur kommer det att bli sedan, vad vill vi och vart är vi på väg? För min del är utgångspunkten självklar: I Sverige ska vi kunna erbjuda befolkningen världens bästa sjukvård. Någon halvmesyr duger inte och att sträva mot det näst bästa duger inte heller. Endast det bästa är gott nog åt folket, sade ju redan Ernst Wigforss på sin tid och jag delar hans uppfattning.

Efter den senaste tidens debatt och diskussion, nedlagda kliniker, långa väntetider och en tröttkörd personal, så kan ju det här tyckas som en utopi eller en socialministers fromma förhoppning. Men vi får inte bara titta på de kriser som finns i systemet och de svårigheter som är dagsaktuella. Vi måste också se till de tillgångar vi har och de möjlig-

heter som de ger inför framtiden. Att bli bäst är ingen kaxig målsättning. Svensk hälso- och sjukvård är i flera avseenden i världsklass och det kan finnas anledning att peka på några av de starka sidorna.

Den största tillgången i svensk hälso- och sjukvård är att den är till för alla och jag har själv sett att det som kan synas som ett slagord eller som en politisk paroll är en realitet. Det är ju faktiskt så att börsmäklaren, som kommer med hjärtbesvär till akuten, får exakt samma behandling som verkstadsjobbaren, som kommer dit en stund senare. Den enskildes privatekonomi styr inte vårdens tillgänglighet och kvalitet i vårt land. Man frågar inte ut människorna först hur det ser ut med deras försäkring, utan man får den bästa hjälp man kan få. Just den här egenskapen att vården finns tillgänglig efter behov – är en uppmärksam framgång för svensk sjukvård. Den måste vi värna om.

Basen för en god vård som omfattar alla är skattefinansieringen. Den gör att var och en erbjuds vård och omsorg efter behov men vi bidrar till finansieringen via skattsedeln efter förmåga. Ett system med privata vårdförsäkringar fokuserar intresset på individens hälsorisker – och vi vet att det är de som har de lägsta inkomsterna som också har den sämsta hälsan. Solidariteten sätts på undantag och på sikt hotar sammanhållningen i samhället. Den bästa medicinen mot en sådan utveckling är att se till att den gemensamt finansierade vården har så god till-

gänglighet och så god kvalitet, att privata sjukvårdsförsäkringar inte finner några köpare. För mig ligger det ett stort värde i att hälso- och sjukvården är demokratiskt styrd.

I allmänna val har hela befolkningen möjlighet att göra sin röst hörd och påverka hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. Politikerna måste lyssna till vad befolkningen vill och vilken vård och omsorg som man tycker är bäst. I en öppen debatt får vi också stå till svars för de otillfredsställda behov och brister som finns.

Vi för nu diskussioner mellan Landstingsförbundet och regeringen om hur vi ska ha det med ansvarsfördelningen i framtiden, och det är många gånger frustrerande, eftersom det är jag som får stå till svars för brister i hälso- och sjukvården, medan det är sjukvårdshuvudmännen, i form av landstingen, som utför det dagliga arbetet och som gör prioriteringarna. Jag kan många gånger tycka att det har blivit för lite kvar av inflytande på central nivå. På vissa områden tar vi tillbaka en del makt och den fördelningen kan vi nog komma att diskutera återigen. Jag tror dock inte att det finns en väg tillbaka till en fullständig centralstyrning, men balansen kan nog komma att se delvis annorlunda ut. Är inte befolkningen nöjd, så har man möjlighet att välja en annan ledning, som man tror bättre kan utföra uppdraget.

Sjukvården och äldreomsorgen är, näst arbetslösheten, de frågor som kommer högst

på väljarnas lista över viktiga samhällsfrågor och jag tycker att det vore absurt om beslutet om sjukvården fattades någon annanstans än genom val och i politiskt tillsatta församlingar. I debatten hävdas ju ofta att sjukvården skulle bli mycket effektivare om den inte var politiskt styrd och i det ligger ju också att man vill ge sken av att vård och omsorg inte styrs av värderingar och avvägningar mellan olika intressen. Likt en osynlig hand tror man möjligen att marknaden, eller kanske den medicinska professionen, ska fördela resurser och göra objektiva prioriteringar mellan olika behov. Låt oss pröva den tanken. Det finns alltid sjukdomar och medicinska specialiteter som har högre status än andra. För att hävda vård av psykiskt sjuka och gamla, om vi nu tar det exemplet, eller inkontinensvård och rehabilitering av äldre strokepatienter, i konkurrens med uppseendeväckande thoraxkirurgi, behövs det kanske mer demokratisk styrning, inte mindre, och då behöver man inte nedvärdera vare sig det ena eller det andra utan se att det handlar om att hitta en balans och att hitta de riktiga avvägningarna i en diskussion som är demokratisk och öppen. Däremot kan samspelet mellan politiker som allmänhetens företrädare och de olika professionerna i vården förbättras. Jag skulle till och med vilja säga att det *måste* förbättras och det är därmed heller inte sagt att den fördelning som finns idag, alltid måste råda.

Jag tror att vi måste diskutera en hel del om ansvarsfördelningen och rollfördelningen i

sjukvården. Vi måste också bli effektivare. Politikerna får nog renodla sin roll som medborgarnas företrädare och professionen måste, tycker jag, kunna ta ett större och tydligare ansvar på vissa områden. Det där måste naturligtvis varje sjukvårdshuvudman diskutera. Jag tycker också att ledarutvecklingsfrågorna är en mycket viktig sak och att det faktiskt finns dåliga chefer på många håll, vilka inte kan motivera sin personal. Där tror jag att det återstår oerhört mycket, att erbjuda de rätta verktygen och instrumenten för all sin personal, men också att göra personalen synlig. Det här är naturligtvis sådant som måste diskuteras på nya arenor där samtalen kan föras med öppenhet och respekt för vars och ens kunskaper och uppdrag.

En annan styrka med det svenska sjukvårdssystemet är det decentraliserade ansvaret. Livsvillkoren växlar över landet, hälsoproblemen skiljer sig åt liksom geografin och befolkningens önskemål. Möjligheterna att anpassa sig till lokala förhållanden och ge lokalt politiskt inflytande å ena sidan, och behovet av utjämning av resurser mellan orter och befolkningsgrupper å den andra, gör landstingen till lämpliga huvudmän för större delen av sjukvården. Samarbetet mellan kommuner och landsting kan förbättras, bland annat när det gäller äldreomsorg och psykiatri. Det vet vi förvisso. Försöksverksamheten med kommunalt driven primärvård kan ge värdefull erfarenhet. Men jag tror att en sak står ganska klar och det är att svensk hälso- och sjukvård just nu har

angelägnare uppgifter än att diskutera huvudmannaskapsfrågor eller om man ska avskaffa landstingen. Jag tror att den snabba förändring som man har upplevt i hälso- och sjukvården de senaste åren gör att man behöver tid för att integrera sitt eget tänkande och sitt eget förhållningssätt. Vi är inte hjälpta av att nu sätta igång stora debatter om att avskaffa landstingen eller att ha en helt ny organisation – så räkna inte med att jag ska föreslå några stora förändringar av det slaget just nu.

Så långt ligger alltså hälso- och sjukvårdspolitiken fast. En annan tillgång är det mycket höga kunnandet inom svensk hälso- och sjukvård, och till det bidrar att vi har såväl bra grundutbildning som en väl utvecklad och framgångsrik medicinsk forskning i landet. Helt avgörande är också att det finns en stor ambition och vilja hos de anställda inom vården att ständigt fördjupa och förnya sina kunskaper.

Den utvärdering som har gjorts av Högskoleverket visar att läkarutbildningen är av internationellt hög klass. Regeringens proposition om läkarnas specialistutbildning syftar till att långsiktigt tillgodose behoven av välutbildade läkare inom alla specialiteter, och vi lagfäster den skyldigheten för sjukvårdshuvudmännen, samt ser till att det finns möjligheter till både AT- och ST-tjänstgöring och sådana platser. Förstatligandet av vårdhögskolorna innebär också

bättre möjligheter till hög kvalitet vid de medellånga vårdutbildningarna. Det är exempel på sådant ansvar som vi behöver ta tillbaka till den nationella nivån, dvs att staten garanterar en god utbildning.

Sverige är av tradition ett jämlikt samhälle med få hierarkier, och det har också präglat svensk förvaltning och svenska företag. Ändå finns det just inom hälso- och sjukvården mycket att göra. Knappast någon annanstans i arbetslivet är utbildningsnivån så hög som inom sjukvården. Läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, psykologer, ekonomer och många fler har högskoleutbildning. Undersköterskorna har numera en treårig gymnasieutbildning och utöver det kommer den förtrogenhetskunskap som mångårig yrkesverksamhet ger. Det är faktiskt så att den kvinnodominerade sjukvården överträffar många omhuldade tjänsteföretag i näringslivet och jag kan säga av egen erfarenhet, eftersom jag varit bankkamrer, att det är en viss skillnad att arbeta med pengar jämfört med att arbeta med människor, särskilt om vi ser till IT-användning och liknande.

Men här finns också anledning till eftertanke. Varför är en verksamhet med så många kompetenta medarbetare så gammaldags organiserad? Ska högutbildad arbetskraft komma till sin fulla rätt måste man uppmärksamma varje individ och ge de anställda möjlighet att ta ansvar för och styra sitt

arbete, och jag tror att ett nyckelord är kommunikation. Hur åstadkommer man en bättre kommunikation?

För att inte stöta mig med någon så skulle man ju kunna ta exemplet lärare och säga att man kan i samma lärarrum möta två lärare med helt olika utgångspunkter. Man kan möta läraren som säger att: Jag undervisar i franska. Det är inte min roll att vara någon sorts kurator och ta reda på hur de har det hemma, utan jag undervisar i franska. Det är min utbildning och det är mitt jobb. Sedan bryr jag mig inte om hur de har det när de går härifrån. Den andra läraren säger: Jag inser att vi måste jobba på ett annat sätt, därför att de kommer från sådana förhållanden. Om samhället har förändrats på ett sådant sätt att de faktiskt inte kan ta in den franska jag försöker förmedla, så måste vi göra någonting åt det. Vi måste kommunicera bättre i arbetslaget, vi måste faktiskt kommunicera med världen utanför eller med andra inblandade aktörer på ett bättre sätt. Där tror jag att det finns en del kvar att göra såväl inom skolan som inom hälso- och sjukvården.

En stark hierarki med läkaren i toppen och patienten längst ner lever kvar i Sverige. Det här håller på att brytas upp och hitta nya former, men grundtanken och synsättet lever kvar också hos patienten. Man förvandlas verkligen till patient så fort man kommer in i vården, och den roll man tilldelas blir väldigt snabbt klar för alla inblandade. Det kanske är gamla militära förebilder som

fortfarande lämnar vissa spår i sjukvårdens organisation. Sjuksköterskor och undersköterskor har naturligtvis gått från ett tayloristiskt löpande band-arbetsätt till gruppvård och parvård, men jag tycker att man kan begära mer och jag tror att vi kan bli framstående på det här området om vi bestämmer oss för det. Gränser och revir, som huvudsakligen har formerats med akademiska utgångspunkter, är kraftfullt markerade i sjukvården, dels mellan yrkesgrupper och dels mellan specialiteter.

Jag vet att de svenska sjuksköterskorna är mycket kompetenta och har en mycket självständig roll, också i ett internationellt perspektiv. Det har jag märkt vid flera tillfällen, när jag har haft utländska kollegor på besök. Jag var på Karolinska Institutet med Libanons hälso- och sjukvårdsminister och han talade i flera timmar efteråt om att det faktiskt var sjuksköterskan som stod längst upp på programmet. Det var hon som tog till orda och till och med visade sig ha den bästa engelskan av alla och som höll föredrag för oss. Det var någonting alldeles ovanligt för denne minister att sjuksköterskan skulle tilldelas en sådan roll i programmet.

Distriktsköterskornas förskrivningsrätt är ett konkret exempel på kompetens. Socialstyrelsens uppföljning har visat mycket positiva resultat av detta. Svenska barnmorskor har ett större ansvar än sina kollegor i andra länder och det går ju väldigt bra om man ser till statistiken när det gäller barnadödlighet och omhändertagandet när det gäl-

ler att föda barn. Intressant nog så har den här utvecklingen motarbetats av många läkare. På motsvarande sätt har ett utökat ansvar för undersköterskor kritiserats från sjuksköterskehåll, och just nu känner undersköterskorna sig mycket hotade och säger bland annat att: Vi får inte längre sätta in en kateter, trots att vi har gjort det i 20 år. Vad är det här för någonting? Nedvärderas inte vi som yrkesgrupp? De snabba förändringarna medför en stor oro och frågor om vad detta kommer att medföra för yrkesrollen. Hur ska vi hitta våra uppgifter, våra framtida platser i ett sådant här system, och hur ska vi, var och en i sin yrkesgrupp, hitta stolthet och arbetstillfredsställelse, hur ska det gå till, hur ska vi få tas i anspråk på ett sådant sätt att vi känner att det går bra?

Dagens moderna ledarskap bygger på arbete i team, där de enskilda individernas kompetens tas tillvara och utvecklas. I sjukvården finns en tradition att arbeta i team, exempelvis i primärvården eller den öppna psykiatri. Men även här har reviren och yrkesrollerna varit stela. Jag var häromdagen på en konferens om psykiatri och det visade sig att man klarade inte ens av att åka gemensamt från Göteborg. Det var inte naturligt att åka gemensamt från psykiatri och från socialtjänsten, som ju också skall hand om den här gruppen eller från kommunen, rättare sagt, som nu skall ta över ansvaret. Där fanns helt olika kulturer, helt olika språk och det var uppenbarligen väldigt svårt att mötas på ett naturligt sätt – då är det ju inte alls patienten som står i centrum. Detta är

dock ett problem som kan förvandlas till en framgång eftersom samverkan mellan yrkesgrupper och ett demokratiskt ledarskap är vanliga i Sverige. Med en utveckling mot bättre arbetsorganisation tror jag att vården kan bli bättre och att vårdarbetet blir mer givande.

Vi måste också våga jämföra och ifrågasätta vårdens resultat. I det avseendet är frågan om kvalitetsregistren och deras användning viktig. Hur uppnår vi bästa möjliga medicinska kvalitet? Här är SBU:s arbete särskilt intressant, eftersom utvärderingar blickar både framåt och bakåt. Granskningen av etablerade metoder kan leda till att gamla arbetssätt mönstras ut. Framåtblickandet är antagligen svårare men särskilt intressant. Kan man undvika att införa onödig ny teknik? Överhuvudtaget tycker jag att jämförelser mellan olika metoder och formulerandet av så kallad ”best practice” måste få större betydelse i framtiden.

Ingen ifrågasätter att insulinet man köper på apoteket i Kiruna är lika bra som det man köper i Ystad. Den stränga kontrollen av läkemedel har funnits länge, men någon motsvarande garanti för vårdinnehållet i övrigt har vi saknat. Det nya nationella vårdprogrammet för diabetesvård är inte bara ett instrument för bättre vårdkvalitet, det är också ett steg mot ökad rättvisa och det är angeläget att utarbeta liknande program för andra patientgrupper. Det som är vedertaget om kvalitetskontroll av medicinska produkter är att det måste uppfylla en viss me-

dicinsk kvalitet. Men när det gäller kvalitetskontrollen av de medicinska metoderna och systemen, återstår mycket att göra. Hur samverkar alla våra system, hur samarbetar man mellan kommuner och landsting, hur samarbetar man mellan försäkringskassan och alla andra inblandade. Hur ska vi göra det här effektivare? Nu finns en lagstiftad möjlighet till bättre och ökad samverkan för patientens bästa och patientkvalitet är den stora utmaningen för såväl politiker som vårdpersonal. Patienternas anspråk på delaktighet ligger i tiden.

Välfärdsstaten har naturligtvis stärkt medborgarna, och det väl utbyggda systemet med socialförsäkringar gör att man inte behöver gå med ständig oro för de ekonomiska följderna av sjukdom eller arbetslöshet. Sjukvård och äldreomsorg är andra garantier för trygghet i livet. Vidare har en allmän skola av hög kvalitet lyft kunskapsnivån och gett ungdomarna en bra start i livet. Skolan har strävat efter att fostra självständiga och ifrågasättande medborgare och resultaten är tydliga. Det har lett till ökade krav från medborgarna. Jag kan själv se det – bland annat i skillnaden mellan min och mina föräldrars generation när det gäller inställningen till rollen som patient.

Den statliga maktutredningen visade att många människor har alltför litet inflytande, trots att samhället är öppet, demokratiskt och i många avseenden jämlikt om vi jämför oss med andra länder. Särskilt uttalad

var maktlösheten i kontakterna med skolan och sjukvården.

Debatten om patientens ställning har emellanåt reducerats till en diskussion om valfrihet, och visst är valfriheten viktig. Att kunna välja vem man vill ha som fast läkarkontakt i primärvården ger ju bättre förutsättningar för en förtroendefull relation och jag kan tänka mig att äldre, barnfamiljer och kroniskt sjuka särskilt uppskattar den rättigheten. För andra, som bara har sporadiska kontakter med vården, kan det vara viktigt att få välja vilken mottagning eller vilket sjukhus man vänder sig till. Valfrihet förutsätter dock en upplyst medborgare, att vi vet vad vi kan välja, att vi är informerade, att vi är kunniga och medvetna inför en valsituation. Kanske ännu viktigare än begreppet valfrihet är att kunna påverka sin vård. Ytterst handlar det om att se sjukvården som stöd för patienten och ska patienten kunna spela en aktiv roll krävs kunskap. Mycket mer måste alltså göras för att möta patienternas ökande krav på information. HSU 2000, den stora hälso- och sjukvårdsutredningen, kommer under senhösten att presentera sina förslag till åtgärder för att stärka patientens ställning och de informationsfrågor som hänger ihop med detta fordrar mycket stor uppmärksamhet. I det här sammanhanget vill jag påminna om en förbisedd resurs i arbetet med att förbättra vården, nämligen patientorganisationerna. Traditionellt har handikapp- och andra patientorganisationer haft ett inflytande på politi-

ken i Sverige, särskilt på övergripande nivå genom ständiga kontakter och särskilda forra. Jag tror ändå att patientorganisationernas konkreta och handgripliga kunskaper kan utnyttjas ännu bättre. Ett bra exempel är ju RSMHs och IFS roll i förberedelsen och genomförandet av psykiatrireformen. Diabetesförbundets medverkan i arbetet med vårdprogrammet för diabetes är ett annat exempel. Politiker, administratörer och vårdpersonal har mycket att vinna på att ta förvana att engagera patientföreningarna i utvecklingsarbetet. Intressant är också att bland de här faktorerna, när man bestämmer vad som är kvalitet och mäter kvalitet, finns begreppet samhällsansvar och man säger att alla organisationer har ett samhällsansvar. Man ingår i ett samhälleligt sammanhang och man måste ha klart för sig hur man ser på det samhällsansvaret och hur man tar det. Det måste finnas ett direkt inflytande för varje patient. Hon måste bli sedd och göras delaktig i besluten om vård och genomförandet av behandling.

Mina krav på hälso- och sjukvården kan sammanfattas i tre begrepp. Det första är *trygghet*. Sjukvården ska vara tillgänglig för alla när man behöver den, och det här är förstås mycket en fråga om förtroende. Som en kvinna sade: ”Förr tänkte jag alltid så här om svensk hälso- och sjukvård att om jag

blir akut sjuk så kommer jag att tas om hand på det absolut bästa och effektivaste sättet. Idag är jag inte riktigt lika säker.” Om jag inte kan lita på att jag blir omhändertagen när jag blir gammal eller sjuk eller är barn och beroende av andra, varför ska jag lita till samhället överhuvudtaget. Detta är en helt avgörande fråga för tryggheten och därför – om det blir mer pengar i statens budget – vet i alla fall jag vart jag vill dirigera dem, därför att detta har med förtroendet för hela samhällsbygget att göra.

Det andra är *kvalitet*. Alltså hög medicinsk standard, men också omvårdnad och bemötande ska vara av toppklass, allt baserat på en bra utbildning och på forskning.

Slutligen är det *delaktighet*. En framgångsrik utveckling av vården kräver och förutsätter att såväl patienter som personal tas på allvar. Delaktighet frigör idéer och energi, ja, man kanske kan säga att det till och med är hälsobringande.

Visionen om framtidens hälso- och sjukvård kan skapas utifrån de här enkla nyckelorden och när den bilden målas upp kommer jag att delta. Några av mina tankar har ni hört, och till andra delar av bilden efterlyser jag bidrag från både patienter och från vårdens professioner.

Ekonomiska konsekvenser av vård och medicinsk forskning

Egon Jonsson

I den internationella, något så när vetenskapliga, litteraturen på hälsoekonomins område finns det nu en ganska stor mängd artiklar och böcker som handlar om sjukvård och ekonomi. Man kan egentligen slå upp vilken som helst av dessa böcker och artiklar och finner då att huvudparten av dem börjar med den här meningen: ”The *increasing* cost of health care has become a major concern for the government. Therefore it is important ...” etc. Det skulle komma som en stor överraskning om man en dag i stället fick läsa att: ”The *decreasing* cost of health care has become a major concern for the government. Therefore it is important ...” etc! En sådan artikel skulle i så fall möjligen vara skriven i Sverige.

I Sverige, liksom i alla andra länder, investerar vi i sjukvård av rent humanitära skäl, inte av ekonomiska. De investeringar vi gör i sjukvård och medicinsk forskning är till för att hjälpa alla människor som är, och kommer att bli, i behov av sjukvård. De resurser som fördelas till sjukvården är avsedda att förbrukas för det ändamålet och inte för någonting annat och de behöver inte vara lönsamma i den meningen att de

skall ge ekonomiska fördelar. Det är utgångspunkten, i själva verket axiomet, för sjukvården ur ekonomisk synpunkt.

Ändå spelar sjukvården en betydligt större roll i ett vidare, rent ekonomiskt, sammanhang, nämligen som en betydelsefull och stark motor i samhällsekonomin. Grunden för all ekonomisk aktivitet är att människor har en sysselsättning och en inkomst av denna, vilken på ett eller annat sätt fördelas något så när rättvist i samhället, antingen genom marknadsmekanismerna eller på andra, mer kontrollerade sätt. Frågan om hur inkomsterna kan finansieras är givetvis mycket viktig, men om vi här lämnar den åt sidan kan vi konstatera att sjukvårdssektorn har en unik kapacitet att dels skapa meningsfull sysselsättning och dels relativt snabbt kunna anpassa sig till det totala utbudet och efterfrågan på arbetskraft inom olika samhällssektorer. Sjukvården bidrar också till hälsan hos den produktiva delen av befolkningen. Vidare utgör sjukvården basen för en industriell produktion, export och import av läkemedel, sjukvårdsmaterial och annan medicinteknisk utrustning. Slutligen är sjukvården en av de mest innovativa

sektorerna i samhället, vilket bland annat medför att den bidrar till tillväxten inom andra delar av samhällsekonomin. Den har också en speciell egenskap; nämligen att den kan tillväxa exponentiellt, vilket kan vara en tillgång den dag vi upplever ekonomisk expansion.

Det finns ett projekt som just nu pågår vid universitetet i Milano och som handlar om sjukvårdens roll för ekonomisk utveckling. I det projektet har man genomfört vissa preliminära beräkningar vilka visar att en ökning av resurserna inom sjukvårdssektorn med en procent skulle öka BNP med 1,3 procent i Italien. En sådan resursökning kan givetvis inte fortgå hur länge som helst, men i nuvarande situation och med dagens komposition av och storlek på olika samhällssektorer, så skulle detta alltså vara en ekonomiskt lönsam investering för Italien. Man visade också i den här preliminära analysen att för varje ökad anställd inom hälso- och sjukvården, så skulle behovet av anställda inom andra sektorer öka med 25 procent och att sjukvårdens bidrag till den samhällsekonomiska utvecklingen är större än motsvarande bidrag från hela den italienska bilindustrin.

I Sverige har sjukvårdens volym minskat något de allra senaste åren och till en del beror det på ett minskat resursutrymme. Vi måste dock fråga oss om det inte till en del också beror på faktiskt minskade kostnader för att producera lika mycket sjukvård som

förr. I den svenska sjukvården har det skett en närmast unik och kraftig förbättring av hushållningen med de resurser som står till buds. Jag tror att alla som arbetade i sjukvården för 10–15 år sedan och som fortfarande är verksamma inom vården, kan intyga att det förekom en viss misshushållning av resurser längre tillbaka i tiden. Förbättringarna i den medicinska teknologin har inte enbart medfört kostnadsökningar, utan i stor utsträckning också kostnadsminskningar genom att många nya metoder ofta är betydligt mer effektiva och mer skonsamma för patienten och innebär mindre risk för komplikationer med mera, än de teknologier som tidigare fanns tillgängliga. Det bör också ha medfört vissa samhällsekonomiska fördelar.

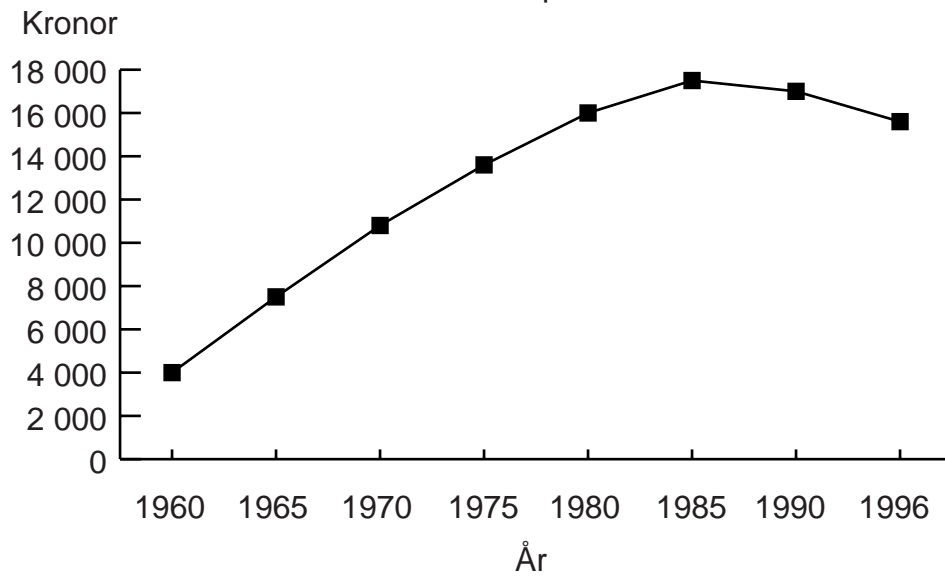
I Figur 3.1 visas att sjukvårdskostnaderna ökade fram till år 1990 och att de sedan sjunkit något. Häri ingår kommunernas kostnader för äldreården. 1990 var de totala kostnaderna cirka 145 miljarder kronor, idag är de 136 miljarder kronor.

Figur 3.2 visar de totala sjukvårdskostnaderna relaterade till BNP och den visar att denna andel ökat fram till år 1980, då den uppgick till 9,1 procent. Därefter har andelen sakta minskat och under de senaste 15 åren har den sjunkit till cirka åtta procent. Återigen inkluderas här kostnaderna för den äldreården som kommunerna står för och som tidigare landstingen stod för.

Figur 3.1

Sjukvårdskostnaderna per capita

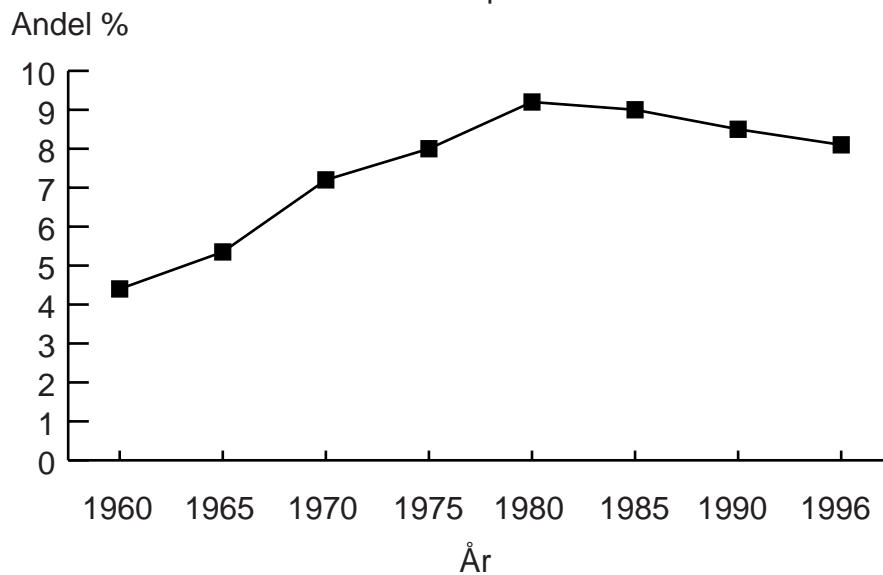
1996 års prisnivå



Figur 3.2

Sjukvårdens andel av BNP

1996 års prisnivå



Figur 3.3

Pågående SBU-projekt

- Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl
- Reumatiska sjukdomar – kirurgisk behandling
- Förebyggande behandling med antioxidanter
- Medicinska metoder för rökavvänjning
- Undersökning med ultraljud under graviditet
- Behandling med kolesterolsänkande mediciner
- Behandling av depression
- Behandling av ångest
- Behandling av alkohol och narkotikamissbruk
- Relationen patient–läkare
- Indikationer för kranskärslsningrepp (KUR)
- Cytostatika mot solida tumörer
- Behandling av astma
- Behandling av magsår
- Urininkontinens
- Behandling av fetma
- Avancerad hemsjukvård
- Evidensbaserad omvårdnad
- Behandling av "Ont i ryggen"
- Icke-invasiva metoder för bedömning av risk efter hjärtinfarkt
- SBU-ALERT – Ett nationellt system för identifiering och tidig bedömning av nya metoder i hälso- och sjukvården

Sjukvårdskostnaderna per invånare ökade fram till år 1990, då sjukvården kostade ungefär 17 200 kronor per person. Idag är motsvarande belopp cirka 15 400 kronor per person i Sverige.

De möjliga ekonomiska konsekvenserna av medicinsk forskning är troligen många, men de främsta ekonomiska konsekvenserna kan dock komma att återfinnas som ett resultat av den tillämpade kliniska forskningen. Den evidensbaserade medicinen kan visa vilka metoder för diagnostik och behandling som är överksamma och som bör utmönstras ur praxis.

Det statliga organ som har fått regeringens mandat att granska sjukvården på veten-

skaplig grund heter SBU, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. För närvarande arbetar SBU med de projekt som finns upptagna i följande förteckning (Figur 3.3).

SBU:s arbete bedrivs i olika projektgrupper som systematiskt granskar den internationella, vetenskapliga litteraturen. I vart och ett av projekten ingår 10–15 forskare, kliniker, ekonomer, beteendevetare och epidemiologer. Resultatet av detta arbete är *ett* värdefullt underlag för både kliniskt och sjukvårdspolitiskt beslutsfattande. SBU:s kunskapssammanställningar har nog också bidragit till en ökad förståelse av de ekonomiska konsekvenserna av vård och medicinsk forskning.

Den evidensbaserade sjukvården

Christer Andersson

När jag blev sjukvårdsdirektör i Stockholms läns landsting för ett och ett halvt år sedan försökte jag orientera mig på kartan över sjukvården. Jag kunde då konstatera att den sannolikt är den viktigaste och största sektorn inom svensk ekonomi. Det har antytts här tidigare idag att dess totala kostnad är cirka 135 miljarder kronor och många människor har sitt arbete inom sjukvården.

En annan fråga som var viktig för mig inledningsvis var att definiera min uppgift. Som tjänsteman ser jag min uppgift att primärt försöka skapa mer och bättre vård med tillgängliga resurser och inte att i första hand gå till politikerna och be om mer resurser. Däremot är det min uppgift att beskriva de konsekvenser som uppstår om resurserna inte räcker till för att tillgodose behovet. Jag tror också att vi, även om det just nu svänger en aning, får lära oss att fortsätta att leva med en krympande ekonomi, åtminstone i den bemärkelsen att om man väger tillgången på pengar mot det ökade behovet och den medicinsk-tekniska utvecklingen, så tror jag inte att resurserna till sjukvården långsiktigt kommer att öka reallt. Detta understryker ytterligare hur viktigt det är att hålla fast vid inriktningen att söka skapa

mer vård med tillgängliga resurser och inte mer vård för mer pengar.

En viktig förutsättning i allt förändringsarbete är att man gör klart för sig förutsättningarna inom den verksamhet som man är ansvarig för, och jag tror man har missat en hel del i det avseendet. I Stockholm handlar det om en jättekonglomerat. Det kan vara den största och mest komplicerade konglomeraten i landet med 40 000 anställda och 20 miljarder kronor i årliga kostnader. Det är viktigt för oss att vi verkligen inser att vi arbetar inom en service- och tjänstesektor, där vi konsumerar samtidigt som vi producerar. Vi kan inte producera på lager. Det har en stor betydelse för förutsättningarna att effektivisera. Framför allt fokuserar detta på att vi måste söka utnyttja de fasta kostnaderna till hundra procent – eftersom, exempelvis, operationssalar som inte används alltid kostar pengar. En annan restriktion är att vi bara kan effektivisera med fokus på kostnadssidan. I ett företag kan man göra en bättre produkt, höja priset, sälja mer och öka inkomsterna. Vi har inte den möjligheten i sjukvården. Den sjukvård vi kan ge styrs mycket av utbudet, vilket gör att all effektivisering koncentreras till dess kapacitet. Under

den senaste perioden har man alltför mycket fokuserat på styr- eller köp/säljmodeller. Jag tycker att köp/säljmodellen visserligen är betydligt bättre än den gamla anslagsmodellen, men det finns en övertro på att man med hjälp av denna skapar en marknad som löser alla våra problem. Vi kan inte administrera bort problemen genom att skapa modeller för en artificiell marknad. Vi vet erfarenhetsmässigt att man väldigt snabbt lär sig hur ett sådant här system fungerar, och det finns till och med tendenser att kringgå systemet. Dessutom finns det förändringar i verksamheten eller krav på verksamheten som, var faktor för sig, är mycket välmotiverade men som sammantagna kan bli kontraproduktiva. Jag kan bara nämna sådana frågor som vårdgaranti, högkostnadsskydd och valfrihet. Varje fråga för sig är naturligtvis angelägen, men de samverkar inte till gemensamma lösningar.

Innan man blickar framåt kan det vara skäl att göra en bakåtblickande reflexion. Jag tror att man kan dela in den här perioden i tre skeden. Under 1980-talet levde vi i inflationsekonomin, man kunde tillåta sig vilka kostnadsökningar som helst, eftersom inflationen betalade dessa. Den perioden är definitivt slut. 1990-talet handlar om effektivisering, där vi skaffar oss en ny bas som är effektiv för framtiden, och det tycker jag att vi har åstadkommit i utvecklingsplanen för Stockholm. Även om det nu finns löften och uttalanden om ett tillflöde av ytterligare pengar, så tror jag att 2000-talet också kommer att handla om kompletterande finan-

sieringslösningar, vilka kan bli värdefulla på marginalen. Det kan öka så att säga patientstyrkan och därigenom skapar det ett ytterligare omvandlingstryck i verksamheten.

Med de här utgångspunkterna grep vi oss an förändringsarbetet i Stockholm som hade som utgångspunkt att vi inte skulle få kompensation för löne- och prisstegringar under tre års tid. Man skulle dessutom minska ramarna för sjukvården med en miljard kronor, och vi kunde räkna ut att det skulle motsvara ungefär 15 procent i effektivisering. Efterhand har ju inflationen gått ned och det har tillförts ytterligare 500 miljoner kronor om året. Min bedömning är att effektiviseringsbetinget under treårsperioden 1996–1998 motsvarar ungefär tio procent. Detta är det största förändringsarbete som har skett i Sverige inklusive företagsamheten, om man beaktar de förutsättningar som sjukvården arbetar under. Det är de förutsättningar som politikerna har givit sjukvården i Stockholms läns landsting och det är en uppgift som vi då har att förverkliga.

Utvecklingsplanen vilar på tre ben i det korta perspektivet 1996–1998: 1) strukturåtgärder, 2) att få patienterna till rätt vårdnivå och 3) allmän rationalisering. Strukturåtgärderna handlar dels om Nacka sjukhus och Löwenströmska sjukhuset, dels om att koncentrera högspecialiserad vård till Huddinge och Karolinska, och dels att om-dana Danderyd och SÖS till bassjukhus. Det blir mer öppenvård och mindre slutenvård med primärvården som bas i sjukvår-

den, samt en viss koncentration till hem-sjukvården. Den allmänna rationaliseringen är lite svårare att konkretisera men, enligt min uppfattning, ligger däri en stor potential inte minst med tanke på utvecklingen de senaste 10–15 åren. Jag kan bara nämna att notan för landstinget när det gäller lokaler är två miljarder kronor. Vi kan ta bort tio procent av lokalerna utan att det märks i någon större utsträckning och bara det motsvarar 200 miljoner kronor. Det är enligt min uppfattning ett tidigare försummat område. Men risken är ju att ett sådant här förändringsarbete uppfattas, kanske med all rätt, ha en destruktiv och negativ framtoning. Jag tror att det nu är dags för en positiv

agenda, en positiv dagordning inför framtiden. Vi kommer definitivt att vara tvingade att arbeta vidare med strukturåtgärder och vårdnivåfrågor och allmän rationalisering. Man kommer aldrig till slut i sådana frågor, beroende på att samhället förändras.

För att kunna möta ett ökat behov med de resurser som är tillgängliga tror jag punkterna fyra till och med nio är viktiga. (Figur 4.1) Uttrycket ”nytt arbetssätt” innefattar vårdprogram, flöden och hela det sätt som man arbetar på inom sjukvården. Det finns med i utvecklingsplanen, men jag tror inte det ger någon effekt i det korta perspektivet 1996–1998. Det är viktigt att vi arbetar vida-

Figur 4.1

SJUKVÅRDENS UTVECKLING

UTVECKLINGSPLANEN



re med så optimala modeller som möjligt på den här artificiella marknaden. Vi skall också försöka förhindra att man kan agera enbart i sitt eget perspektiv och därigenom lurar systemet. Mångfald och konkurrens, framför allt begreppet mångfald, tror jag mycket på, inte minst i Stockholmsregionen där vi har en unik möjlighet, genom att vi har så många sjukhus och så många produktionsställen. Mångfald genererar ett omvandlingstryck och det handlar då inte bara om bolagisering av S:t Görans sjukhus, utan om kombinationen av olika driftformer, kanske olika ägarformer, men framför allt driftformer för olika sjukhus. Det handlar också om att utnyttja privata vårdgivare i större utsträckning än vi gör idag.

Läkemedelsreformen är naturligtvis en stor fråga för oss. Genom den tillförs vår budget fyra miljarder kronor, eller ungefär 25 procent. Det brukar vara så att staten inte gör några dåliga affärer och därför kan vi nog utgå ifrån att, om vi inte lyckas hantera det här själva, får vi inte successivt ökade bidrag från staten. Men jag ser större möjligheter än hot i detta och det skulle förvåna mig mycket om det inte finns ungefär tio procents potential, med tanke på att man hittills har kunnat skriva ut notan och skicka den till någon annan. Med den bakgrunden tror jag att vi, med hjälp av läkemedelskommittéer etc, åtminstone kan hejda kostnadsutvecklingen. Tio procent betyder 400 miljarder kronor i Stockholm, vilket motsvarar 1 000 jobb och detta är vad jag menar med en positiv agenda. Ledarskap, management,

delaktighet, incitament, kompetensutveckling är områden, där jag väldigt gärna ansluter mig till Jan Lindstens uppfattning, nämligen att de är underutvecklade i sjukvården. Alla läkare i den här salen blir förr eller senare företagsledare, ofta företagsledare för ett stort företag, och normalt sett krävs det då utbildning i ledarskap. Jag tycker den sidan inte är tillräckligt bearbetad.

Ett annat viktigt medel för att få mer vård för pengarna är att koncentrera verksamheten till endast effektiva behandlingsmetoder och utränga ineffektiva metoder. Margot Wallström sade för en stund sedan att vi ska göra rätt saker och inte bara göra saker rätt. Det är oerhört viktigt att vi gör rätt saker och när det gäller att sprida kunskap om effektiva behandlingsmetoder så har vi kommit överens mellan landstinget, SBU och Karolinska Institutet om att gemensamt driva den frågan och jag hoppas att det blir kraftfullare, än man har gjort någon annanstans i det här landet.

Mona Britton

Vi på SBU har som översättning av ”evidence-based medicine” valt evidensbaserad sjukvård och jag vill börja med att förklara det begreppet. Man kan definiera evidensbaserad sjukvård som ett medvetet användande av bästa tillgängliga bevis när det gäller beslut om vård för enskilda patienter. ”Bästa tillgängliga bevis” innebär då en systematisk sammanställning av all den

kunskap som finns. Kunskapen skall framför allt sökas i kontrollerade, randomiserade kliniska undersökningar. Att en undersökning är kontrollerad innebär att den är systematiskt jämförande, dvs man jämför t ex verkningarna av två olika behandlingsmetoder. Randomiserad innebär att fördelningen av de deltagande patienterna mellan behandlingsmetoderna är slumpmässigt gjord – man har inte gjort ett medvetet val för varje patient baserat på förutfattade meningar om vilken behandling som är bäst för just dennes del.

Resultaten av sådana studier kan sammanställas inom varje problemområde, så att man får en redovisning av alla undersökningar som är gjorda med en viss frågeställning och kan då se det totala utfallet, dvs vilket svar den sammanlagda bevisningen från alla undersökningarna ger. Sådan information finns samlad i databaser inom Cochrane Collaboration och ges ut på regelbundet uppdaterade CD-romskivor. Informationen där är inte lättillgänglig för alla och envar eftersom den till stor del är uppbyggd på analys med statistiska metoder. Det är alltså inte lätt att komma till beslut i det praktiska sjukvårdsarbetet från en sådan informationsdatabas innan man är väl förtrogen med den. Ännu finns långt ifrån alla sjukvårdens problemområden repre-

Evidensbaserad sjukvård innebär att medvetet och systematiskt använda bästa tillgängliga vetenskapliga underlag vid beslut om vård för enskilda patienter.

senterade, men efter hand tillkommer mer och mer.

Ett annat sätt att nå bästa tillgängliga bevis är medicinsk utvärdering, så som t ex SBU gör den. Detta innebär att man systematiskt går igenom och analyserar *all* befintlig litteratur inom det område det gäller. Ytterligare ett tillvägagångssätt är så kallade ”state of the art”-dokument och konsensusmöten där experter presenterar sammanfattningar av det vetenskapliga läget inom ett område. En sådan redogörelse kan vara fullständig men kan ibland präglas av expertens egna hypoteser och litteratururval.

En pålitlig medicinsk utvärdering måste således bygga på att all litteratur granskas. Sedan man sorterat bort sådana publikationer som inte uppfyller på förhand uppställda kvalitetskrav vidtar arbetet med att sammanväga all information på ett vetenskapligt sätt och formulera slutsatser.

I många länder har man kommit fram till att utvärderingar av det här slaget måste göras för att berörda skall kunna överblicka det stora informationsflödet. Grundtankarna härstammar från läkaren och epidemiologen Archie Cochrane, som har fått den brittiska verksamheten och dess databas uppkallade efter sig. Han gav 1972 ut boken ”Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services”. Där betonade han bland annat vikten av att eftersträva stora kontrollerade randomiserade studier som grund för besluten i sjukvården.

Utvärderingsaktiviteter har startats i olika länder. Nederländerna och USA var först och även SBU i Sverige kom i gång i ett tidigt skede, nämligen 1987. År 1992 startade det tidigare nämnda Cochrane Collaboration, ett organiserat internationellt samarbete för utvärdering av medicinska behandlingsformer.

Den medicinska utvärdering som sker på SBU skall bedöma en metod ur vetenskaplig, social, etisk och ekonomisk synpunkt. I regel dominerar den vetenskapliga delen som kräver största arbetsinsatsen. Man kan dock lätt tänka sig metoder där etiska aspekter skulle kunna överväga.

Frågan om sjukvården är evidensbaserad eller ej är inte lätt att besvara. I England har man undersökt detta och funnit att den huvudsakliga behandlingen var baserad på randomiserade kontrollerade studier, för 53 procent inom internmedicin, 31 procent inom allmänmedicin, 65 procent inom psykiatri och 24 procent inom kirurgin. Givetvis behöver en kontrollerad randomiserad studie inte innehålla hela sanningen. Dess säkerhet som evidens har en viss begränsning. Inte heller kan alla åtgärder vara baserade på randomiserade studier. Det är svårt att begära t ex för hjärtåterupplivning eller för halsfluss, även om det aldrig har bevisats att penicillinbehandling behövs. Detsamma gäller behandling av lunginflammation och åtskilliga andra problem.

Även i Sverige pågår mycket aktiviteter inom området evidensbaserad sjukvård. En

stor del av kvalitetsarbetet går ju ut på att mäta hur bästa tillgängliga evidens används i praktisk sjukvård. Målet härmed är att uppmätta resultat skall stimulera till diskussioner och förändringsarbete så att kvaliteten kontinuerligt ökas. Inte minst betydelsefullt blir detta om man kan jämföra egna resultat över tiden och också med resultat från andra liknande enheter.

Av detta skäl har många specialiteter utvecklat kvalitetsindikatorer som börjar att användas och följas allt mer och på allt fler ställen. Vidare har socialstyrelsen utvecklat kvalitetsregister med samma målsättning. Bekymret med dessa arbetskrävande registreringar och uppföljningar är naturligtvis tidsåtgången i redan hårt ansträngd rutinsjukvård. Grundtanken måste därför vara att välja några centrala mått som indikatorer på hela kvaliteten och undvika alltför mycket detaljuppgifter. Vidare krävs uthållighet eftersom det tar en stor ansträngning inte minst i starten. Snabba resultat kan inte förväntas. Inte heller bör man växla mellan olika modeinriktningar utan koncentrera sig konsekvent till den metod man valt tills full effekt kan uppnås.

Många specialiteter har på egen hand eller i samarbete med Spru redovisat resultat för en följd av år. Även bland socialstyrelsens kvalitetsregister finns exempel på hög anslutning, konsekvent och uthålligt arbete. Många nya aktörer kommer gradvis i gång. Inom allmänmedicinen har man arbetat mycket med kvalitetscirkclar men t ex inom

primärvården i Östergötland även med uppmätta resultatindikatorer inom diabetesvården. Ögonsjukvård, rehabiliteringsmedicin och psykiatri är några exempel på specialiteter där aktiviteten ökat senaste tiden.

Här följer en del exempel från internmedicinen som är det område jag själv känner bäst till. Många kliniker har här pågående mätningar av hur stor andel av sjukvården som är evidensbaserad och vilka resultat som därmed uppnås. De utvalda indikatorområdena är hjärtinfarkt, diabetes, stroke och antikoagulantibehandling. För vart och ett av dessa områden krävs att man gör särskilda registreringar för varje patient i speciella dataregister, så arbetet är förvisso tungt och kräver engagemang och uthållighet. Fler kliniker har medarbetat för varje år som gått. Av dem som ännu inte deltar har de flesta lovat ansluta sig i och med 1997.

För att starta med stroke är en av de viktigaste åtgärderna att lägga in patienten på en strokeenhet. Det finns otvetydiga evidens för att denna vård ökar chansen för överlevnad och bättre funktion. De naturliga kvalitetsmåten blir då: Har man en strokeenhet och hur stor andel av patienterna tas in där? För 1996 visade det sig att alla inte hade strokeenhet och de kliniker som har en sådan kan inte ta in alla patienter dit. Figur 4.2 visar för varje klinik medelvärde och dess konfidensintervall. Ligger man utanför medelvärde med hela konfidensintervallet är avvikelserna statistiskt signifikant. I det här fallet utgör inte medeltalet någon sorts ide-

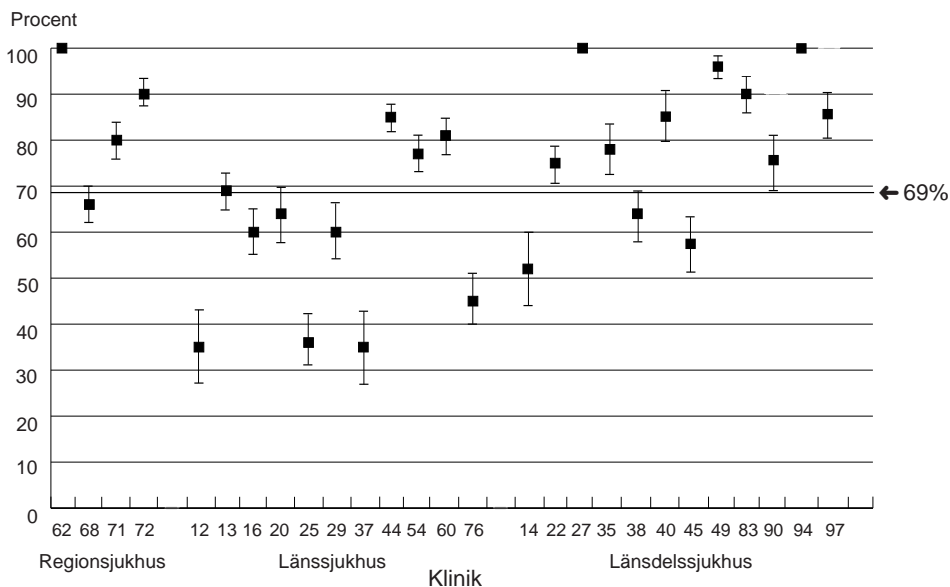
al utan det är naturligtvis bättre ju högre andel av patienterna man klarat av att få till strokeenhet. Här uppstår konflikter med kostnadseffektivitet. Om alla patienter verkligen skall kunna komma till strokeenheten måste man ha gott om vårdplatser och i dagens läge kan man inte ha outnyttjade resurser. Det blir då en avvägning mellan tillgång och efterfrågan. Ju mer på marginalen platsantalet befinner sig desto svårare är det att få in patienter på rätt vårdavdelning. Det gäller naturligtvis inte bara stroke. Dock borde åtminstone 75 procent av patienterna rimligen kunna beredas rätt vårdform. Annars är frågan om man har alldeles för dåligt med platser alternativt inte har någon ordning på sin verksamhet.

Situationen kan illustreras med exempel från ett antal år på medicinkliniken på S:t Görans sjukhus. År 1992 startade vi en ny strokeenhet och lyckades få in 62 procent av strokepatienterna dit. (Figur 4.3) Vi skärpte rutinerna och lyckades påföljande år komma upp i 73 procent. 1994 skulle S:t Görans plötsligt ta emot den största delen av Sabbatsbergs patienter när det sjukhuset stängde. Då blev det oerhört trångt och ganska kaotiskt. Platser fanns inte tillgängliga akut alla tider på dygnet då strokepatienter insjuknar. Andelen strokepatienter vårdade på specialenhet sjönk därför. Sedan har man på nytt lyckats att sakta sega sig uppåt.

Välgrundade evidens finns också när det gäller behandling av strokepatienter med förmaksflimmer. För att förhindra nya blod-

Figur 4.2 *Andel patienter med stroke och TIA som vårdats på strokeenhet 1996.*

Figuren visar klinikvisa frekvenser med 95% konfidensintervall samt medelfrekvens för hela patientmaterialet.

**Figur 4.3** *Antal vårdtillfällen för stroke och TIA samt andelen av dem vårdade på strokeenhet åren 1992–96 vid medicinska kliniken på S:t Görans sjukhus.*

	1992	1993	1994	1995	1996
Antal	426	569	860	1 031	991
Andel på strokeenhet	62	73	65	70	69

Figur 4.4 *Förebyggande behandling efter stroke med förmaksflimmer vid neurologkliniken i Lund, i Monica-studien i Norrland och vid medicinkliniken på S:t Görans sjukhus. Profylax efter stroke med förmaksflimmer.*

	Lund 1993 n 312	Monica 1992–1993 n 927	S:t Göran 1993–1994 n 764
Frekv. förmaksflimmer %	18	14	25
Antikoagulantia %	44	49	29
Acetylsalicylsyra %	22	32	55
Kombin.behandling %	–	4	3
Ingen behandling %	35	15	13

proppar har antikoagulantia en kraftfull effekt. Acetylsalicylsyra kan användas i andra hand till de patienter som inte tål eller har för hög risk vid antikoagulantibehandling. Av bilden (Figur 4.4) framgår hur man behandlat dessa patienter vid neurologkliniken i Lund, i Norrland (Monicastudien) och vid S:t Görans medicinklinik. Frekvensen förmaksflimmer varierar beroende på patienternas ålder. Således är patienterna på S:t Göran äldst och därefter kommer Lund. I Norrland hade patienterna en maximal ålder på 75 år och populationen var alltså yngre. Andelen patienter som fick antikoagulantia var den omvända, således mest hos de yngsta och minst hos de äldsta. När man i stället tittar på andelen patienter som över huvud taget fått någon behandling ser man att den är mycket hög, dvs man har inte försummat tanken på behandling men gjort bedömningen att de äldsta inte klarar av antikoagulantia. Huruvida det är en riktig bedömning är svåravgjort. På S:t Göran drog vi slutsatsen att vi kanske varit något överförsiktiga. I Lund funderade man i stället på att öka användningen av acetylsalicylsyra något.

Av ovan nämnda exempel anser jag en tydlig strävan framkommer när det gäller att använda bästa tillgängliga evidens i praktisk sjukvård. Naturligtvis finns ofta förbättringsmöjligheter men också risker för att omorganisationer och effektiviseringar kan utgöra hinder för en positiv kvalitetsutveckling.

Om man utgår från en ny SBU-rapport om användningen av neuroleptika kan man av läkemedelsförbrukningen se en stor praxisvariation. Allt kan inte vara idealiskt. En tredjedel av neuroleptikaförskrivningen görs vid tillstånd där denna medicinering inte alls är indicerad eller kan ersättas av andra och mer ofarliga läkemedel. Denna användning borde försvinna eller minska kraftigt under den närmaste tiden. Vidare fann man att förbrukningen varierar kraftigt så att man i Finland och på Gotland har en mycket hög förskrivning, medan man i Halland har mindre än hälften per invånare räknat. Här borde praxis följas upp och alla närma sig den lägre nivån.

Behandling av måttligt förhöjt blodtryck har också varit föremål för en SBU-rapport. Man fann att diuretika och betablockerare hade den bäst bevisade effekten på lång sikt och därför bör vara förstahandsmedel. Även kostnadsskäl talar i samma riktning. Här har man kunnat se en viss ändring av medicinanvändningen i den önskvärda riktningen men mycket återstår att göra och kan grovt uppskattas via förskrivning av antihypertensiva medel.

Sammanfattningsvis anser jag det helt klart att kunskapssammanställningar måste göras för att underlätta arbetet för sjukvården och beslutsfattarna i dagens gigantiska informationsflöde. Dessa sammanställningar måste via riktlinjer och lokala vårdprogram användas som bästa tillgängliga evi-

dens för behandling av patienter i den dagliga sjukvården. Kvalitetsmätningar är ett instrument att följa hur detta lyckas. Jämförelser över tid och mellan enheter stimulerar förbättringsarbetet. Konsekvens och uthållighet behövs. Hittills kända resultat är ganska positiva och talar för att evidensbaserade åtgärder i sjukvården kan vara betydligt vanligare förekommande än många trott. Samtidigt finns naturligtvis inom olika medicinska verksamhetsfält och på vissa kliniker betydande möjligheter till förbättring. Det måste också till fler randomiserade kliniska prövningar för att utvärdera olika behandlingsformer, inte minst kirurgiska.

Mora Kallner

Hur ska vi klara av att genomföra implementeringen av evidensbaserad sjukvård? Min uppgift idag är att berätta hur vi i Stockholm funderar på hur vi ska bete oss. Christer Andersson gav en bild av en del prioriterade projekt som hälso- och sjukvårdsnämndens koncernledning och sjukhusstyrelsens stab har gemensamt på agendan att försöka klara av. Mona Britton betonade att det här är ett långsiktigt arbete, att det är någonting som kräver insatser av oss alla och att det gäller att vara uthållig i arbetet. Jag skall mycket kort gå igenom det vi kommit att kalla vårt EBM-projekt i Stockholm, där förkortningen betyder evidensbaserad medicin. Jag vill betona att det är viktigt att göra en vidare tolkning av det begreppet än den strikt vetenskapliga, och att också inbe-

gripa och ta tillvara kunskaper som genererats inom den egna organisationen.

Det som varit imponerande, när jag nu en kortare tid har arbetat med kvalitets- och utvecklingsfrågor i Stockholm, är att det utförs så mycket bra utvecklingsarbete överallt. Vi har gjort en enkät i Stockholm där vi inventerat ett stort antal utvecklingsprojekt från samtliga vårdproducenter, ungefär 1 500 olika projekt, stora och små, och jag tycker det är glädjande att se att det finns så mycket energi ute i organisationen. Vi vet alla att det här är svårt, eftersom vi har alldeles för mycket information som strömmar över oss. Det gäller att försöka se var den kunskap som vi behöver finns och hur den kan bli tillgänglig. Det syfte vi har med EBM-projektet är, att genom systematiskt arbete, hitta de effektiva diagnos- och behandlingsmetoderna. Vi har stor hjälp av den kunskap som redan finns, men det gäller också att strukturera och systematisera den. I det samverkansprojekt som har nämnts och där hälso- och sjukvårdsnämndens koncernledning och sjukhusstyrelsens stab deltar, ingår också privatläkarföreningen i Stockholm samt företrädare för sjukvården på Gotland. Det gäller att ha en samsyn i det arbete som emanerar från centrala staber och att man visar den ödmjukhet som krävs i arbetet. Jag, som själv arbetat på sjukhus större delen av mitt liv, vet att man ibland blev uppretad när det kom centrala direktiv om hur vi skulle bete oss ute i verksamheten.

Vilken kunskap är det då i det här samman-

hanget som behöver struktureras och systematiseras? En hel del är redan bearbetat. Det finns SBU-rapporter, nationella vårdprogram och nationella kvalitetsregister samt Spri-rapporter. Vi söker vägar att systematisera vårt eget utvecklingsarbete för att det ska kunna bli en allmänt tillgänglig resurs. Bara som ett exempel på ett lokalt kvalitets- och utvecklingsprojekt kan jag nämna projektet *Klinisk kemi i primärvården*. Det har drivits inom södra Stockholm, och man har kunnat påvisa relativt stora skillnader i användningen av klinisk kemi vid diagnostik på primärvårdscentralerna. Det finns anledning att fundera över varför vissa doktorer tar 100 procent fler prover än andra, och varför vissa prover verkar mer attraktiva än andra. Där går det att hitta vägar att lära av varandra, inte minst för att få en högre kvalitet i diagnostiken, men naturligtvis också för att spara pengar.

När det gäller implementeringen av den systematiserade kunskapen så måste vi bygga framför allt på den organisation som vi redan har och de vägar som redan finns att föra ut information. Vi har tänkt låna det arbetssätt som man har i norra delarna av Sverige med det som kallas för SBU-ambassadörer. Arbetet skulle inte begränsas till SBU-rapporterna även om de utgör en bra start när det gäller att föra ut kunskap. Vår tanke är vidare att finna informatörer bland personer som har hög integritet och stor kunskap och som kan åta sig att delta i klinikernas eller produktionsenheternas olika informationsmöten. Vi har intervjuat

professor Stig Holm från Umeå, som har arbetat en kortare tid med det här arbetssättet. Naturligtvis räknar vi med att behöva IT-stöd för systematiseringen av de här kunskaperna. Spri har också visat stort intresse för att hjälpa oss med detta. Hos Spri fanns det bara ett 40-tal utvecklingsprojekt från Stockholms läns landsting. Nu ska vi etablera en databas över alla de 1 500 utvecklingsprojekt, som vi har i pärmar på någon hylla i Gröndal. Vad vi syftar till är alltså dels implementeringen av SBU-rapporterna, dels uppbyggnaden av en kunskapsbank. Vidare skall vi genomföra de lokala projekt som finns i stor omfattning i Stockholm, och naturligtvis rikta blickarna mot omvärlden. Utvecklingsarbete är ett kontinuerligt arbete som kräver tålamod och långsiktighet.

Beträffande SBU-informatörer kan man fråga sig hur den allra lämpligaste informatören ser ut. Där kan det finnas olika synpunkter, men vi hoppas få detta belyst genom att ha seminarier för verksamhetscheferna och genom tips utifrån verksamheten om personer som vi tror skulle vara särskilt lämpade. Det är inte något heltidsarbete, utan man tar på sig att vara informatör för en viss arbetsinsats. Dessutom är det angeläget att få stöd från Karolinska Institutet och från SBU, vilket gör det hela kraftfullare.

Till slut vill jag ta upp ytterligare ett par saker inför den fortsatta diskussionen här. En väldigt viktig sak är patientens uppfattning om sina behov och rättigheter kontra den

uppfattning vi själva som vårdgivare kan ha när det gäller både diagnostik och behandling. Här vet man som arbetande doktor att man kan hamna i konflikt många gånger genom att den syn man själv har på omfattningen av t ex en utredning kontrasterar mot att patienten mer eller mindre kräver en mer detaljerad diagnostik och kan driva detta ganska långt – med kostnadsökningar förstås. Det gäller att vi är mycket noga med att försöka förbättra det samspel mellan vårdnivåer som vi kanske inte alltid varit så

skickliga på. Samt att vi vet var vi har varandra, så att patienten inte far runt mellan de olika delarna i sjukvården, vilket varken gynnar patienten eller vårdgivarna. Har vi i landstinget egentligen ekonomiska möjligheter att alltid använda oss av evidensbaserad sjukvård, det allra bästa som finns idag? Det är inte givet att vi har det. Evidensbaserad sjukvård tillsammans med patientens uppfattning får praktiska och ekonomiska konsekvenser vid tillämpningen i den konkreta vardagen.

Förhållandet mellan behov av och resurser för vård och forskning

Kjell Asplund

Jag vill ta upp ett antal olika aspekter på sjukvården, nämligen det som kallas för vårdgapet, det faktum att svensk sjukvård, trots ganska beskedliga resurser, håller en hög kvalitet vid internationella jämförelser, den så kallade medicinska paradoxen, resurslöseriet i svensk sjukvård och hur man kan överbrygga vårdgapet samt några ord om den kliniska forskningens behov och resurser.

Det som kallas vårdgapet är skillnaden mellan behov av vård och tillgängliga resurser. Det har bland annat beskrivits i den statliga utredningen HSU 2000, som analyserar behovet genom en demografisk framskrivning, alltså att befolkningen åldras och att de flesta folksjukdomarna ökar med stigande ålder. Den tar inte hänsyn till bland annat den medicinska utvecklingen. Figur 5.1 visar ett gap på 10–12 miljarder kronor om något år, vilket är det så kallade vårdgapet. Det är två reflexioner jag tycker man kan göra när man ser den här bilden. Den ena är att det här förutsätter att det förelåg perfekt balans mellan behov och resurser år 1994, när beräkningen påbörjades. Den andra är att de år man säkrast kan prognostisera går

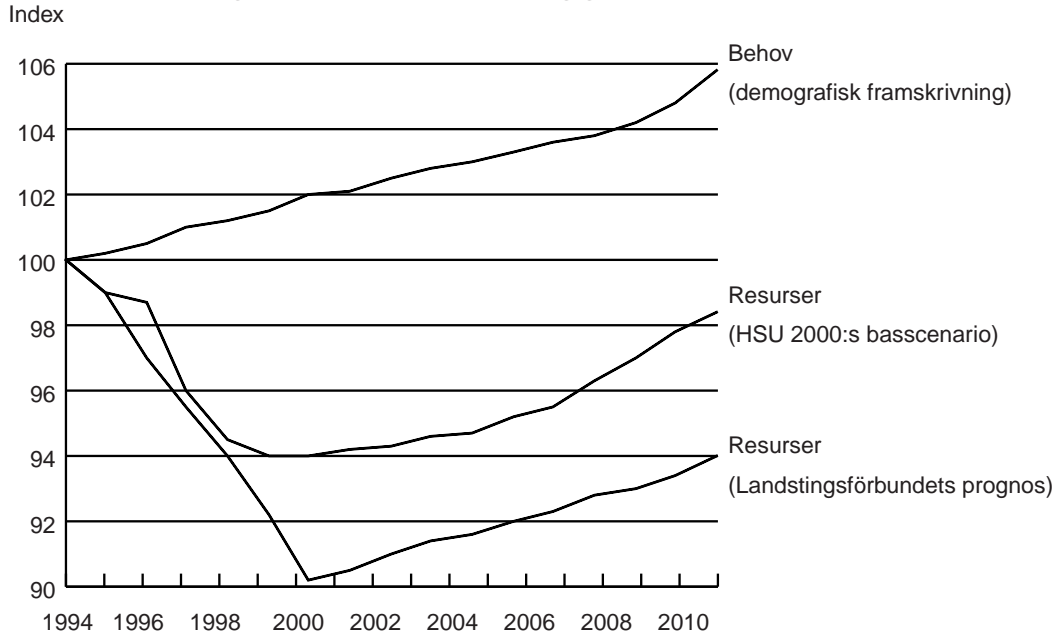
det dåligt och ju längre i framtiden och ju osäkrare prognoserna blir desto bättre går det.

En faktor som bestämmer behovet av vård är naturligtvis hur åldrad befolkningen är. Sverige har högst andel befolkning över 65 års ålder av alla OECD-länder. (Figur 5.2) Om man korrigerar utgifterna för sjukvård med hänsyn till ålder, visar det sig att Sverige fördelar ungefär lika mycket till sjukvården som Storbritannien och mindre än våra nordiska grannländer. I USA spenderar man tre gånger så mycket per invånare och år som Sverige gör. (Figur 5.3)

I Sverige tycks vi dock få mycket för pengarna. Det finns visserligen inte många bra direkt jämförande studier, som kan verifiera detta, men det finns några internationella register, som kan analyseras ur detta perspektiv. Ett av dessa är WHO:s så kallade MONICA-register, som registrerar enhetligt diagnosticerade hjärtinfarkter och slag-anfall i en rad populationer världen över. (Se Figur 5.4, 5.5) Av detta framgår att Sverige ligger bra till för både män och kvinnor när det gäller akut dödlighet i hjärtinfarkt. När det gäller akut dödlighet i slaganfall lig-

Figur 5.1

Vårdgapet – nu offentliggjort

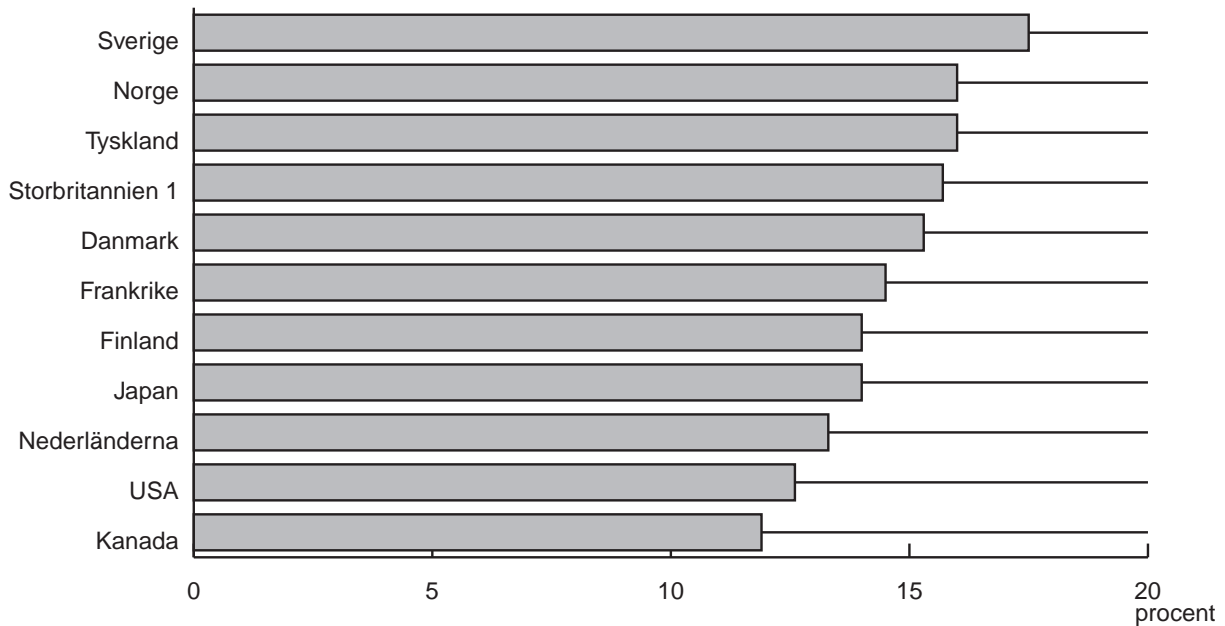


Källa: HSU 2000: SOU 1996:13

Figur 5.2

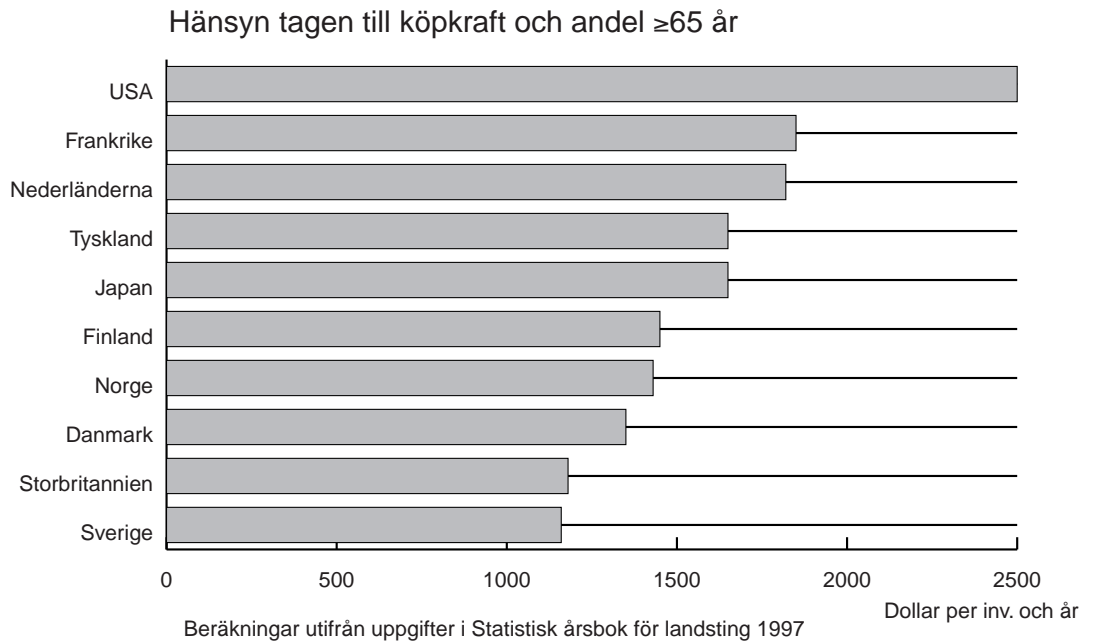
Sverige har högsta andelen äldre

Andel 65 år och äldre i några OECD-länder



Källa: Statistisk årsbok för landsting 1997

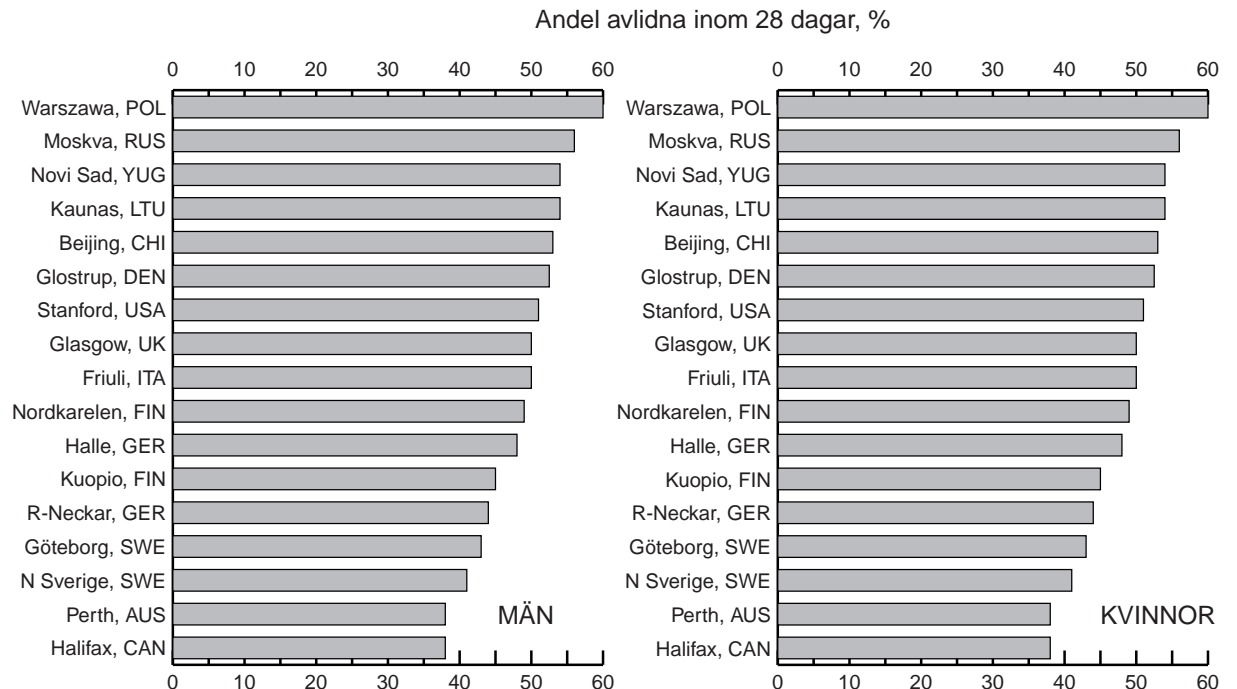
Figur 5.3 Kostnader för hälso- och sjukvård i några OECD-länder



Figur 5.4

Risk för död i hjärtinfarkt

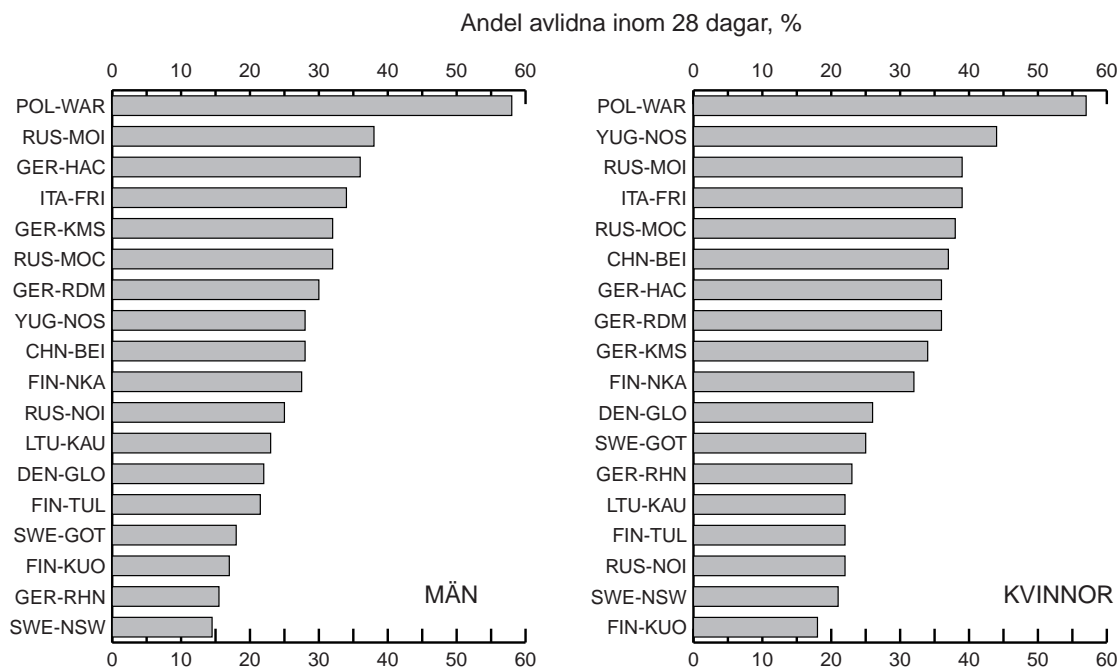
Jämförelser ur WHO:s Monica-studie



Figur 5.5

Risk för död i slaganfall

Jämförelser ur WHO:s Monica-studie



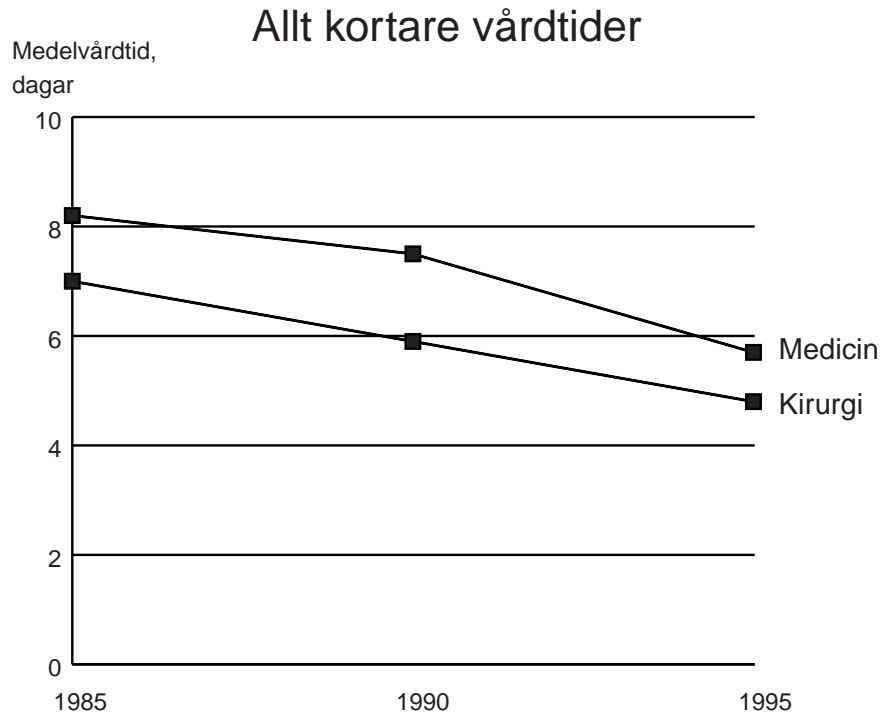
ger Sverige bland de allra lägsta avseende män och förhållandevis bra till också när det gäller kvinnor. Vi hävdar oss alltså bra i en internationell jämförelse, åtminstone på vissa avgränsade områden, där vi verkligen kan mäta på ett enhetligt sätt.

Ingen som arbetar i sjukvården har undgått att notera att vårdtiderna har förkortats. Medelvårdtiden ligger nu på fem till sex dagar på alla kliniker i landet inom både medicin och kirurgi. (Figur 5.6) I dessa siffror döljer sig en del långliggare, och medianvårdtiden på många kliniker är därför ännu kortare, nämligen två dagar, både på medicin- och kirurgkliniker. Man kan fundera över det faktum att vårdtiden för genomsnittspa-

tienten nu är två dagar och om denna tid kanske är för kort. Det finns uppenbarligen en konflikt mellan det snäva företagsekonomiska tänkandet på varje basenhet och det bredare hälsovårdsekonomiska perspektivet. (Figur 5.7)

Den medicinska paradoxen innebär att desto fler patienter som botas ju högre blir kostnaderna för samhället. I Figur 5.8 visas långtidsöverlevnaden för de patienter som insjuknar i slaganfall i mitten på 1980-talet, i slutet på 1980-talet och i början av 1990-talet. Figuren visar att ungefär lika många insjuknar men att fler överlever sjukdomen. Vad har det för ekonomiska konsekvenser? Trots en ökande befolkning minskar den

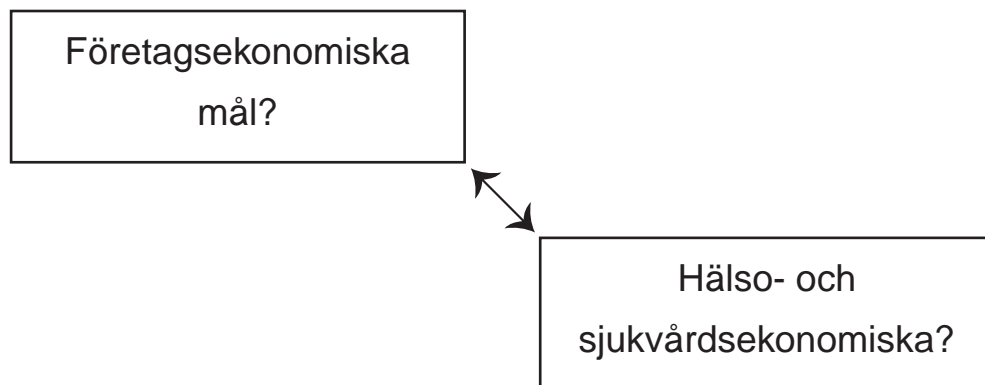
Figur 5.6



Källa: Statistisk årsbok för landsting 1997

Figur 5.7

Vilken ekonomi ska vi ha?

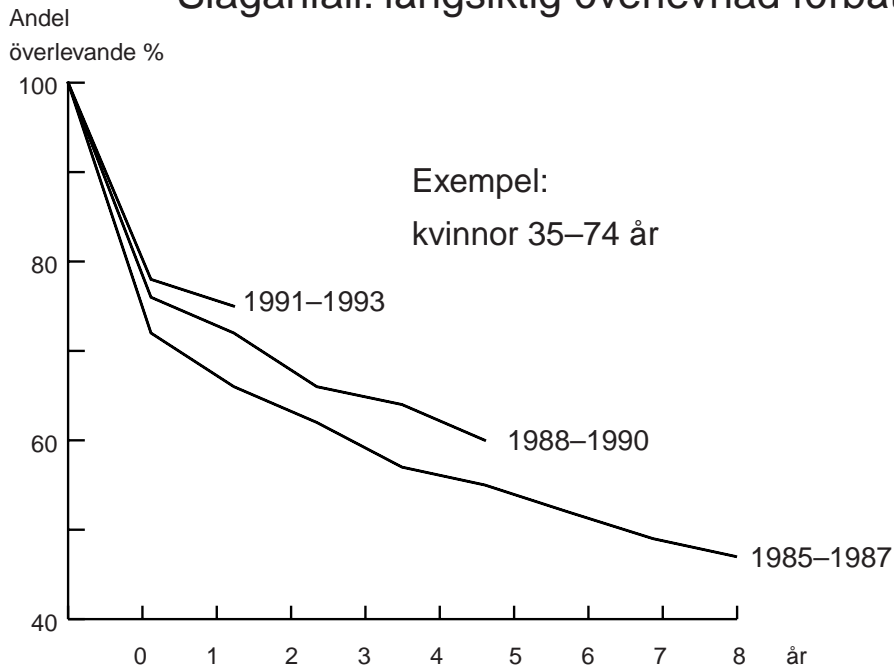


totala risken att avlida i slaganfall. Allt färre kommer att drabbas av så svåra skador att de behöver vård på institution, men på grund av åldersutvecklingen kommer det att ske en ganska dramatisk ökning av de som blir

utskrivna till hemmet och behöver hjälp. Detta betyder naturligtvis mycket för både sjukvården och den kommunala ekonomin. Det finns en liknande utveckling inom cancerområdet även om den går något lång-

Figur 5.8

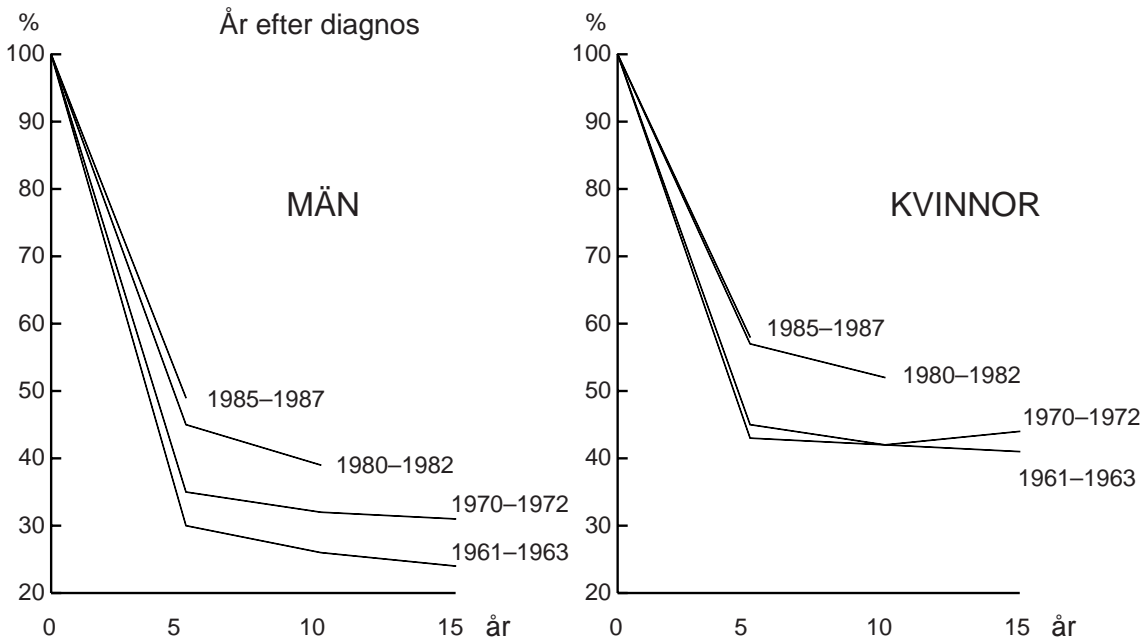
Slaganfall: långsiktig överlevnad förbättras



Källa: Northern Sweden MONICA Centre

Figur 5.9

Allt bättre överlevnad för patienter med cancer



Källa: Stenbeck och Rosén, Läkartidningen 1995;92:4710

sammare. (Figur 5.9) Fler överlever med cancer bland både män och kvinnor. Utvecklingen inom cancerområdet varierar dock på olika områden. På vissa håll sker dramatiska förbättringar, exempelvis för Hodgkins sjukdom, medan behandlingen för lungcancer inte nämnvärt förbättrat överlevnaden. (Figur 5.10, 5.11)

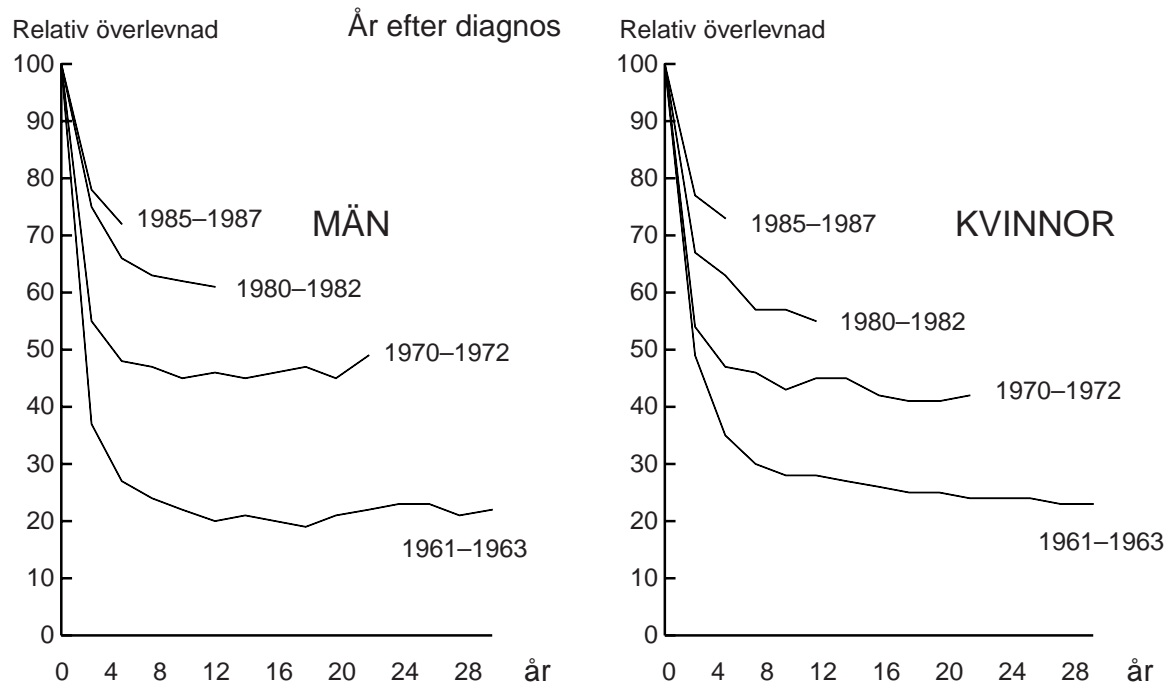
Vad finns det för vägar ur den medicinska paradoxen? (Figur 5.12) Det finns i princip en pessimistisk och en optimistisk väg. Den pessimistiska vägen, som en hel del desillusionerade medarbetare i sjukvården tycker

att vi nu börjar närma oss, innebär att den ökade belastningen gör att kvalitetsutvecklingen inom sjukvården stannar av. När överlevnaden inte längre förbättras ökar inte heller belastningen – den medicinska paradoxen upphör. (Figur 5.13) Den optimistiska vägen är att vi trots allt är bra på att lindra sjukdomens följder, att sjukvården kan åstadkomma bättre livskvalitet som i sin tur leder till oförändrad eller minskad belastning på sjukvården, och att primär- och sekundärprevention förbättras. (Figur 5.14) Framstegen på det primärpreventiva området har allmänt sett varit begränsade, medan fram-

Figur 5.10

Cancer: Långtidsöverlevnad förbättras för många tumörsjukdomar

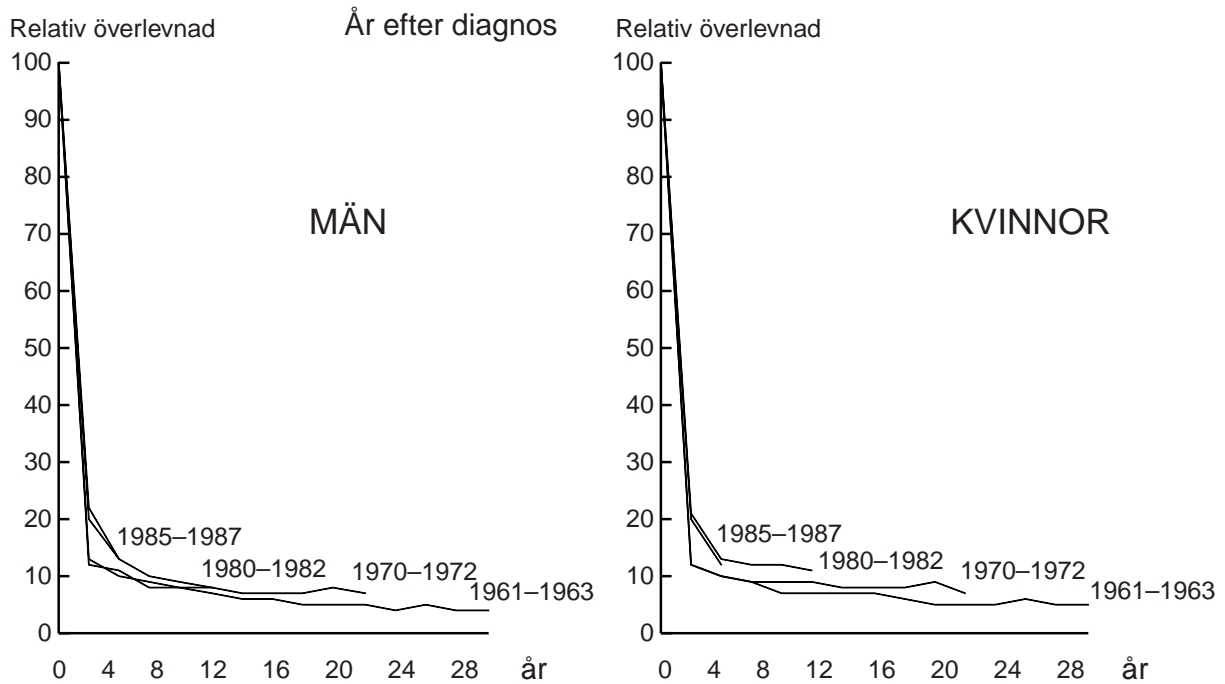
Exempel: Hodgkins sjukdom



Källa: Stenbeck och Rosén, Läkartidningen 1995;92:4710

Figur 5.11 Fortfarande dyster prognos vid många cancerformer

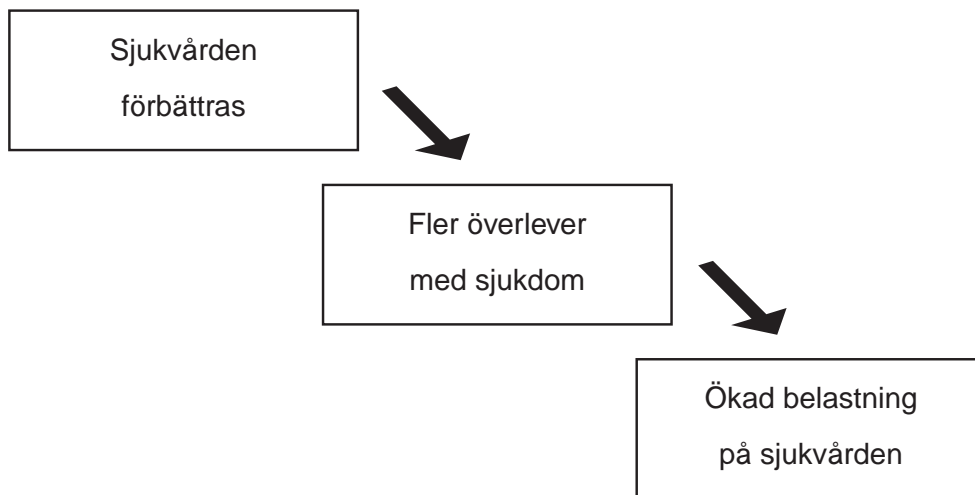
Exempel: Lungcancer



Källa: Stenbeck och Rosén, Läkartidningen 1995

Figur 5.12

Den medicinska paradoxen



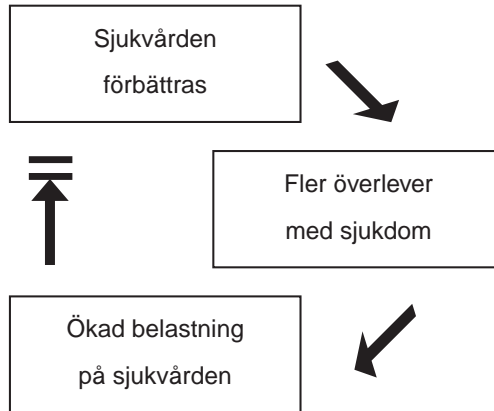
stegen inom sekundärprevention har varit mycket stora och bidragit till att minska belastningen på sjukvården.

Åldersstrukturen bland de anställda i sjukvården visar en bekymmersam utveckling. På de åtta åren mellan 1988 och 1996 har medianåldern hos de anställda förskjutits

uppåt ganska precis åtta år. Figur 5.15 visar personalens åldersstruktur 1988 och 1996. Den visar att det yngre segmentet, den framtida livskraften, allt det nya blodet i svensk sjukvård kommer att saknas så småningom. Alla tidigare anställda mellan 20 till 40 år är i stor utsträckning borta idag. Vad som händer framöver är framför allt en förskjut-

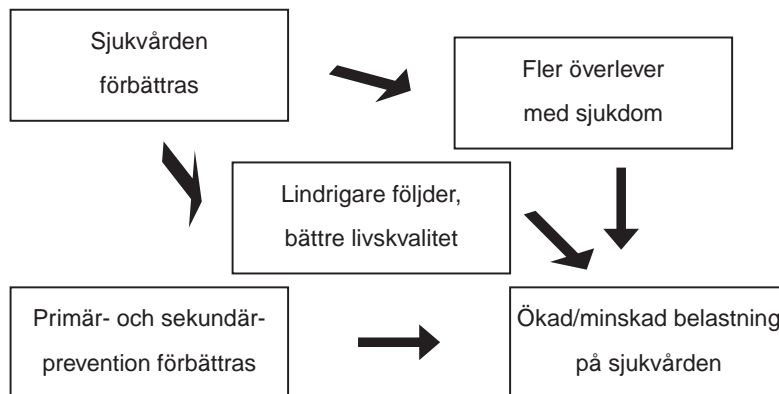
Figur 5.13

Den medicinska paradoxen:
den pessimistiska vägen ur den

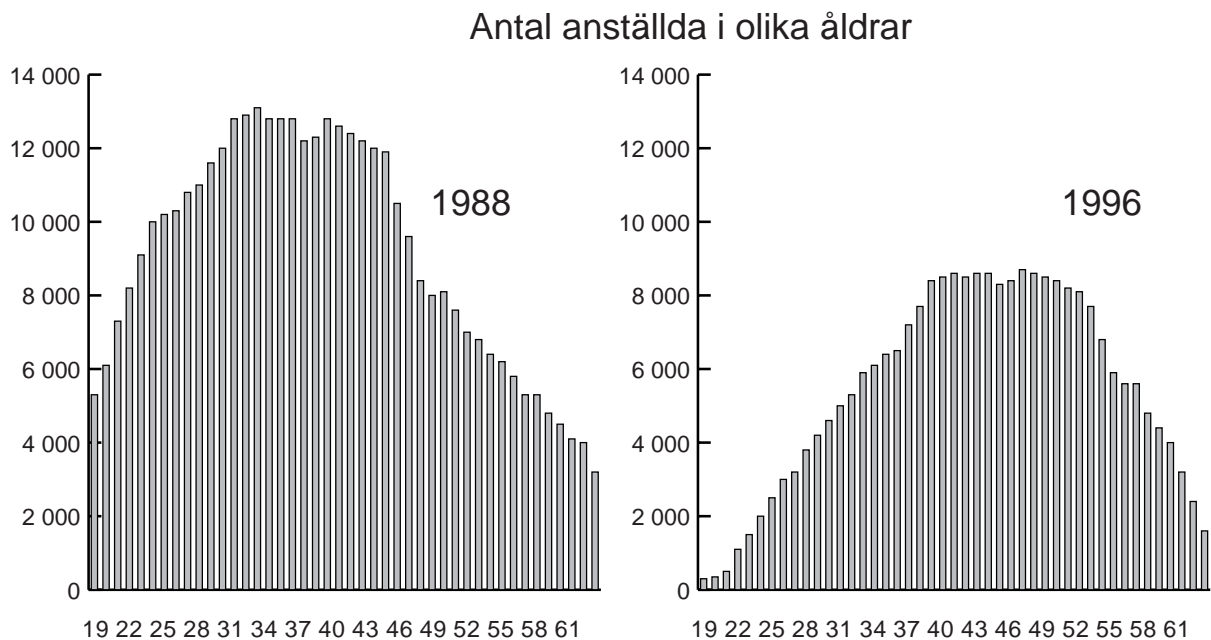


Figur 5.14

Den medicinska paradoxen:
den optimistiska vägen ur den



Figur 5.15 Svensk sjukvård: elefant under digerering



Källa: Landstingens personal våren 1997, Landstingsförbundet

ning mot de högre åldrarna så att, om inget annat inträffar, kommer vi år 2010 att ha tre gånger så många anställda i sjukvården över 60 års ålder. (Figur 5.16) Mer erfarenhet men mindre friskt blod således.

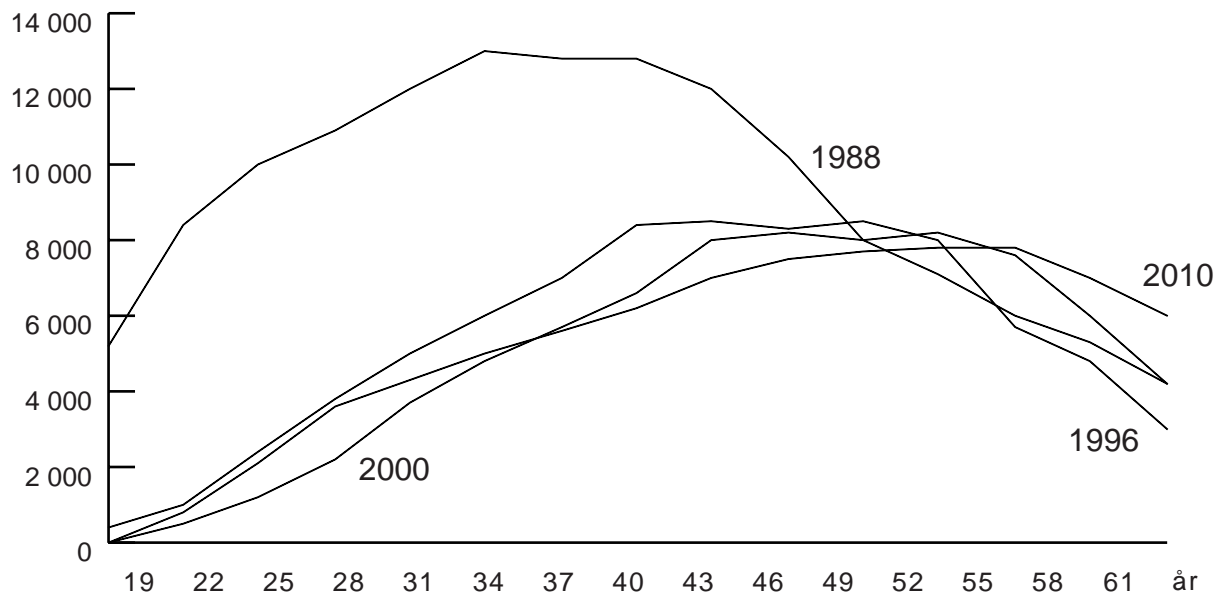
För personal i ledningsfunktion är det precis tvärtom, vilket jag tror är ett stort problem. Jag tog mig för att ringa runt till universitetssjukhusen för att fråga hur många direktörer de hade haft de sista fem åren. (Figur 5.17) På de åtta sjukhusen fanns det 24 sjukhusdirektörer under perioden, dvs vi är uppe i en förbrukning av 0,6 sjukhusdirektörer per sjukhus och år, vilket får anses vara en rätt anmärkningsvärd siffra. Det gäller också klinikchefer. Man kan inte ut-

bilda bort det här problemet, utan det handlar om arbetsvillkor inom sjukvården i sin helhet och för ledarna i synnerhet. Det här leder till bekymmer ur flera aspekter. Margot Wallström efterlyste visioner i svensk sjukvård, men på vissa nivåer finns alldeles för många visioner redan. Varje ny sjukhusdirektör har en egen vision och den ändras vartannat år ungefär. Eftersom den åldrande, desillusionerade personalen vet att chansen att sjukhusdirektören ska sitta kvar om två år är ganska liten söker man överleva utan förändring tills det kommer någon ny.

Hur ska vi hushålla med resurserna? Det största resursslöseriet ligger i att vi inte vårdar den största resursen, nämligen persona-

Figur 5.16

Svensk sjukvård förgummas och förgubbas



Källa: Landstingens personal våren 1997, Landstingsförbundet

Figur 5.17

Hög omsättning av direktörer vid storsjukhusen

Antal sjukhusdirektörer från 1992 och framåt:

Umeå	4
Uppsala	1
Karolinska	4
Huddinge	3
Linköping	3
Göteborg	3
Lund	2
Malmö	4
<u>Summa</u>	<u>24</u>

= förbrukning av sjukhusdirektörer: 0,6 per sjukhus/år

len i vården och i det avseendet måste det till dramatiska förändringar.

Vi kan också hushålla genom prioriteringar, metodvärderingar och strukturomvandling. När det gäller prioriteringar så är min hypotes att de redan idag är ganska vettiga. Prioriteringspropositionen har nu antagits av riksdagen och resulterat i ändringar i hälso- och sjukvårdslagen. Detta minskar inte kostnaderna för hälso- och sjukvården i landet, utan snarare ökar dem. Utredningen hade föreslagit de fem prioriteringsgrupper, som visas i Figur 1, men i propositionen hade antalet minskat till fyra. Den första prioriteringsgruppen omfattar sjukdomar som svarar för de stora kostnaderna i sjukvården. Akuta, livshotande sjukdomar, kroniska sjukdomar med svåra långtidseffekter, sjukdomar med svårt lidande, palliativ vård och nedsatt autonomi. Vi har inventerat hur det ser ut inom den slutna vården på en medicinklinik och en kirurgklinik. Det visar sig att 86 procent av patienterna på medicinkliniken och 76 procent av patienterna på kirurgkliniken hamnar i den första prioriteringsgruppen. Grupp två avser prevention och rehabilitering som inte är aktuell på de här klinikerna. Det man kan kalla vardagssjukvård återfinns i prioriteringsgrupp tre. Även om man skulle skära bort sådan vardagssjukvård som gall- och bräckoperationer, så finns inte mycket att vinna genom prioriteringar på sjukhusen.

En motsvarande inventering i den öppna vården visar att det också där finns en nå-

gorlunda vettig prioritering. Inventeringen gjordes vid en vårdcentral som handhar en rätt ålderstigen befolkning samt en i ett område med många barnfamiljer. Den absoluta merparten av den sjukvård som ges vid dessa vårdcentraler skall betalas med gemensamma medel enligt prioriteringsutredningen och propositionen. I prioriteringsgrupp II – där egenvård kan vara möjlig, döljer sig mycket av oro, ångest och allmänna bekymmer, vilka inte heller kan prioriteras bort. När man ser till vilka diagnoser patienterna har verkar fördelningen mellan primärvården och specialistmottagningar också rätt rimlig idag.

När det gäller metodvärdering kan vi fråga oss hur mycket av vetenskaplig dokumentation som finns tillgänglig kring de metoder som används i svensk sjukvård. Vid medicinkliniken i Umeå gör vi nu en inventering av situationen och den visar att ungefär hälften av insatserna bygger på randomiserade prövningar. (Figur 5.18A) Den andra hälften granskas nu inom varje subspecialitet både på stora och små sjukhus för att undersöka om det råder samsyn eller inte när det gäller behandlingsmetoderna. Kvar står 15–20 procent av insatserna som det inte finns något vetenskapligt underlag för. Men därutöver finns ett behov att värdera olika effektiva metoder mot varandra och se vilken som är mest kostnadseffektiv. Man kan fundera över kraven på evidensbaserad medicin i förhållande till kraven på evidensbasen för organisatoriska och strukturella förändringar. Om vi inom medicinen skulle

vilja veta om det går att förebygga hjärtinfarkt med hjälp av en halv barnalbyl i stället för en hel barnalbyl behövs det tusentals patienter som följs under många års tid. Om man däremot stöper om hela Stockholms sjukvård över en vecka, förefaller det inte krävas något som helst vetenskapligt underlag för detta. Det är två skilda världar med olika föreställningsramar och krav, vilka ibland kolliderar med varandra.

I Sverige håller vi nu på att bygga upp 24 små regionsjukhus inom vilka de flesta specialiteter är representerade. Behövs verkligen detta? Är länssjukhus en förlegad vårdnivå från den tid när transporterna var svåra

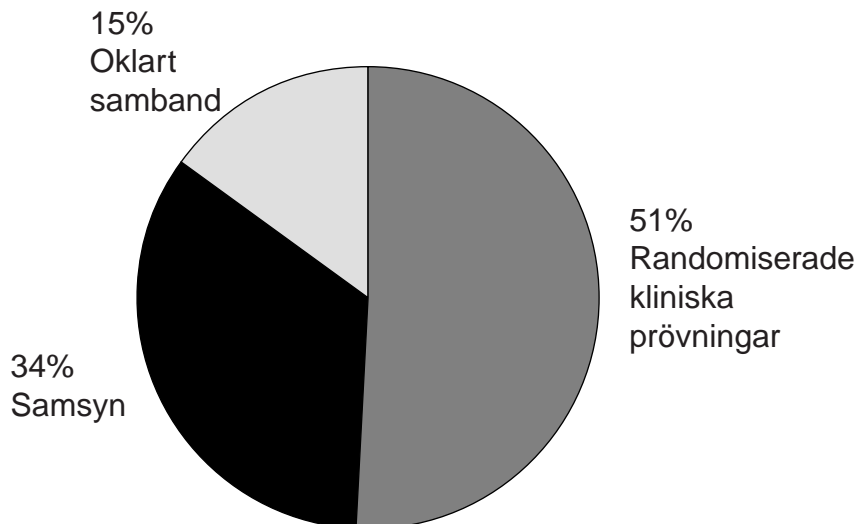
och långa och kvaliteten vid en del länsdelssjukhus var låg? Idag är vårdkvaliteten vid länsdelssjukhusen mycket hög och det motivet för länssjukhusen har fallit bort.

När det gäller behov av resurser för forskning kan inte jag uttala mig eftersom det är svårt att klarlägga, svårt att definiera, och därför att det finns så mycket utvecklingsarbete i gränslandet till forskning. Jag kan dock säga att vi tycks få mycket för de pengar som satsas på forskning här i landet. I Figur 5.18B visas antalet vetenskapliga publikationer inom klinisk medicin per invånare och år. De nordiska länderna med Sverige i tätposition hävdar sig gott bland 19 OECD-

Figur 5.18A

Bygger våra insatser på vetenskaplig dokumentation?

Kartläggning vid svensk medicinklinik



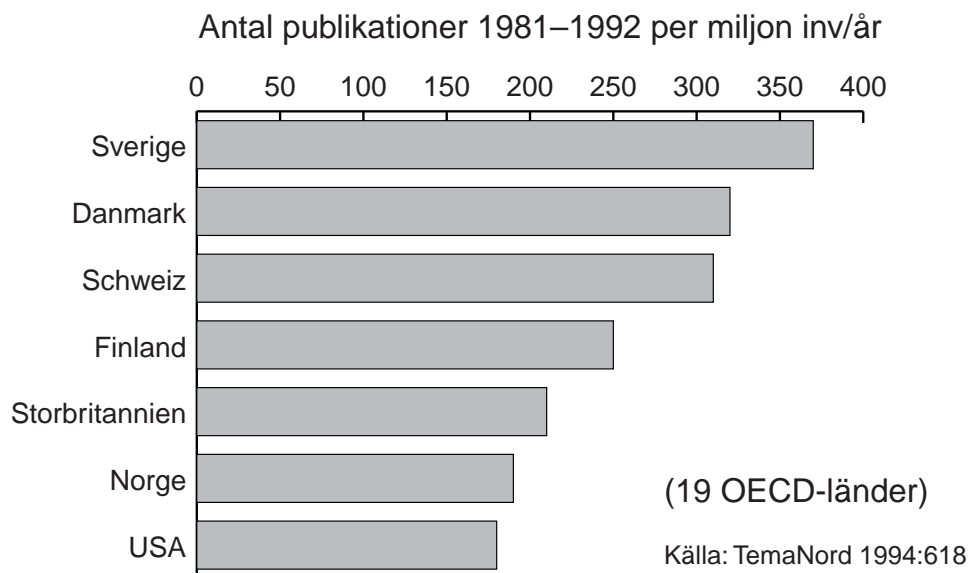
Källa: Nordin-Johansson & Asplund, prel.data 1997

länder. (Figur 5.19) Räknat i antal publicerade artiklar per invånare ligger Sverige högst eller näst högst inom biokemi, immunologi, molekylärbiologi, genetik, neuro-

vetenskap och farmakologi. Även citeringsfrekvensen per artikel är hög för vetenskapliga arbeten från Sverige. (Figur 5.20, 5.21) När det gäller utexaminerade forskare inom

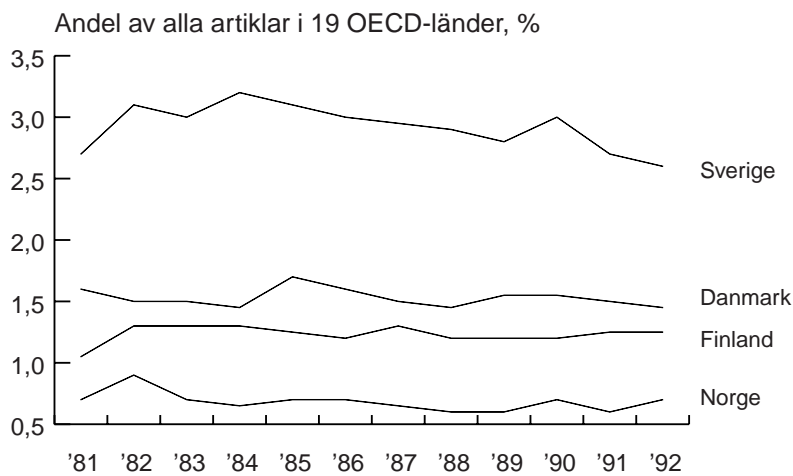
Figur 5.18B

Sverige: Ledande i antal vetenskapliga publikationer i klinisk medicin



Figur 5.19

Publikationer i klinisk medicin 1981–1992



vårdsektorn, ligger Sverige främst i världen. (Figur 5.22) Detta ger en ljus bild av situationen idag, men för utvecklingen framöver är det inte riktigt lika ljust. Antalet

forskarstuderande inom vårdsektorn just nu är inte hög – ungefär hälften så många som i t ex Norge och USA. (Figur 5.23)

Figur 5.20

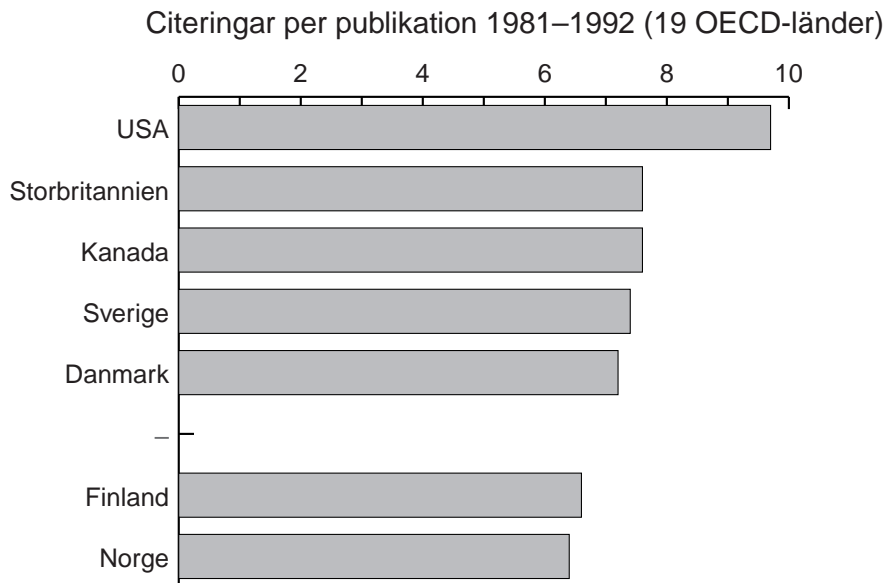
**Vetenskaplig produktion:
Sveriges position bland 19 OECD-länder
(1981–1992)**

	Antal art/milj.	Citeringsfrekvens
Klinisk medicin	1	4
Biologi & biokemi	1	3
Immunologi	2	5
Mol.biologi & genetik	2	7
Neurovetenskap	1	1
Farmakologi	1	5

Källa: TemaNord 1994:618 och Persson O, Umeå univ., opubl.

Figur 5.21

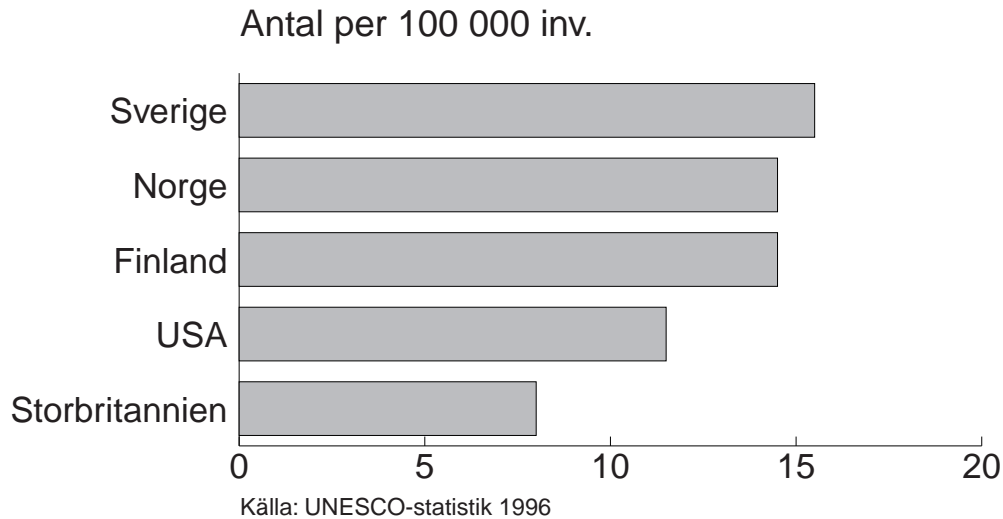
Hur ofta citeras kliniska vetenskapliga artiklar från Sverige?



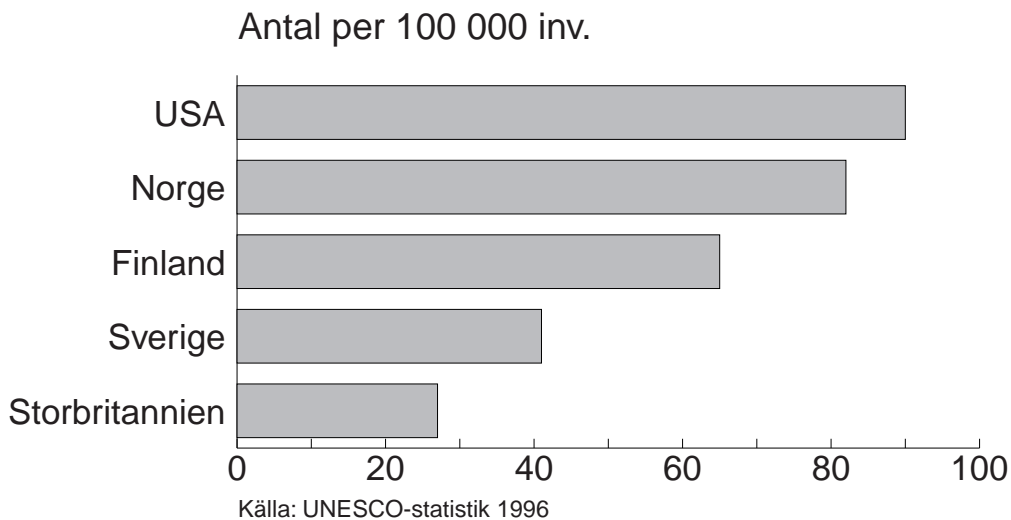
Källa: TemaNord 1994:618

Figur 5.22

Antal examinerade 1994 efter forskarutbildning inom vårdsektorn



Figur 5.23 Antal forskarstuderande inom vårdsektorn 1994



Kapitel 6

Sveriges ekonomi

Thomas Östros

I en tid av snabb omvandling i en internationaliserad värld ställer man sig frågan: Hur bygger man ett samhälle som uppmuntrar omvandling och som ger människor trygghet i förändringen? Jag är övertygad om att välfärdssamhället är det bästa systemet för detta. Sverige har under 90-talet gått igenom en mycket svår period med en depression och en hård budgetsanering. Men syftet med regeringens politik har varit att rädda välfärdssamhället. Nu går vi mot en ekonomi i balans och vi kan se framtiden an med optimism.

Ett samhälle i omvandling

Ni som arbetar inom sjukvården representerar en sektor som omvandlas mycket snabbt. Det gäller utvecklingen av ny teknisk utrustning av olika slag. Det gäller medicinsk forskning och utveckling. Det handlar också om organisatoriska frågor i form av nya typer av organisationer, nya arbetsätt.

Den ganska dramatiska omvandling som hälso- och sjukvården har genomgått under några år har kanske inte alltid varit till det goda. Men jag tror att de här åren vi har bakom oss har fört med sig mycket gott också. När resurserna blir knappa går man

också igenom på vilket sätt man arbetar, hur man använder resurserna. Det är inte dåligt för en verksamhet att faktiskt tänka efter hur man arbetar och på det viset sträva efter att arbeta på ett mycket bättre sätt. Detta, tillsammans med teknisk utveckling gör att det är möjligt att producera väldigt bra hälso- och sjukvård till helt andra kostnader än tidigare.

Det som sjukvården har gått igenom är ju någonting som hela samhället har gått igenom, en enorm förvandling under några år. Nya maskiner, nya datorer, nya sätt att arbeta ökar omvandlingstrycket i ett samhälle. Det gäller offentliga sektorn, det gäller privata tjänstesektorn, det gäller industrin. Den internationalisering som vi går igenom är också kopplat till detta. Sverige som land har varit beroende av vår omvärld så långt man kan se bakåt. De senaste 100 åren av stark industrialisering har givit oss en exportsektor som är vidöppen mot omvärlden.

Men internationaliseringen, globaliseringen, har gått snabbare än vad man kanske anade för 10–15 år sedan. Det ställer mycket stora krav på det svenska samhället, på vår förmåga att faktiskt förändras i takt med

omvärlden. Det gäller sjukvården, det gäller industrin, det gäller utbildningssystemen och det gäller naturligtvis också politiken.

Kamp för att rädda välfärden

Vi har kämpat för att rädda välfärdssamhället under de här åren, och vi är på väg till ett läge där vi kan säga att vi har lyckats. Hade vi inte tagit de beslut vi tog under de här åren, så hade vi idag varit mitt uppe i en snabb panikavveckling av stora delar av välfärden.

Samtidigt är det viktigt att vi nu fattar beslut som gör att vi kan fortsätta att moderniseras och förvandlas i takt med de krav som finns. Det gäller alla delar av det svenska samhället, alltså också den offentliga sektorn. Vi måste bli mycket skickligare på att arbeta effektivt, bra och klokt. Kraven på flexibilitet kommer att öka, inte minst på arbetsmarknaden. Människor måste vara rörligare, människor måste flytta mer, vara mer beredda att ändra inriktning på livet.

Detta låter inte för alla som en särskilt trevlig inriktning av samhället utan snarare som hotfullt: att man aldrig kan känna att man kommit till ett läge där man kan ha sina kunskaper och använda dem och känna trygghet för sin försörjning och sin familj, att alltid vara utsatt för ett omvandlingstryck. Tidigare var det ju möjligt att känna att fick man ett yrke och man var kvar i det yrket under en mycket lång tid. Man kunde lära sig nytt medan man arbetade, man behövde inte gå tillbaka till skolbänken för att

vara kvar i yrket. Idag är det på många yrkesområden så att man måste vidareutbildas genom hela livet, man måste ibland återvända till skolbänken för att klara av de utmaningar man möter. Men kärnfrågan är ju inte hur man kan isolera sig ifrån förvandlingen, utan hur man bygger ett samhälle som uppmuntrar förvandlingen, som ger trygghet i förvandlingen.

Hur bygger man då ett samhälle för att erbjuda möjligheten att förvandlas i trygghet? Hur ser vi till att utbildningssystemen fungerar bättre? Hur ser vi till att våra socialförsäkringssystem fungerar som en trygghet i omvandlingen? Hur ser vi till att sjukvården är sådan att man kan lita på att den alltid ger vård av hög kvalitet när det behövs? Jag tror inte att man kan få fram en sådan här känsla av modernisering, en känsla av förvandling av samhället, genom att göra drastiska skattesänkningar och skära ner på välfärdssamhället.

Vi har höga skatter i Sverige just på grund av att vi har höga ambitioner i välfärdspolitik. En del av välfärden har fått sig rejäla törnar under de här åren, men nu kommer vi in i en period där vi kan rätta till en del av det och stärka välfärden på en del punkter.

Kaos och underskott hotade välfärden

Kaos och underskott i statsfinanserna uppmuntrar ingen omvandling. Det skapar skräck och oro i ett samhälle. När Ingvar Carlsson bildade regering 1994 var prognosen att man skulle vara tvungen att låna 240

miljarder kronor för att kunna finansiera välfärden. 240 miljarder kronor är en nästan ofattbart stor summa. Alla barnbidrag kostar 15–20 miljarder kronor. Hela försvaret kostar 40 miljarder kronor. Statens stöd till kommunerna går sammanlagt upp till 80 miljarder kronor. Att då låna 240 miljarder kronor, det är ju nästan en tredjedel av det som staten sysslar med.

Det var en situation som var helt ohållbar. Den innebar ju också att alla vi människor, som i andra änden av ekonomin är konsument, som köper varor som företag producerar, inte vågade köpa. De som hade en någorlunda hygglig ekonomi och hade lite av marginaler, de valde att spara i stället för säkerhets skull. Orsaken var ganska självklar. Man såg att det var gigantiska underskott och anade att ingen regering skulle kunna låta de här underskotten vara, att besparingar skulle komma. Man förutsåg förändringar i a-kassan, sjukförsäkringen, pensionerna och mycket annat.

När då medborgarna sparar, var och en klokt för sin del, då minskar hela efterfrågan på varor och tjänster i ekonomin och då måste man avskeda folk i näringslivet, för man har ingen avsättning för sina produkter. Det drabbar ju till syvende och sidst sjukvården. Arbetslösheten ökar, utgifterna för arbetslösheten ökar, skatteintäkterna minskar kraftigt. Det undandrar hela basen för hälso- och sjukvården. Så vi stod inför ett hot mot välfärdssamhället som var väl-

digt kraftigt och reellt. Därför var det mycket viktigt att agera väldigt snabbt.

Jag tror att många har missförstått socialdemokratin de senaste två, tre åren. Det märker man bland annat på de kommentarer som har kommit, både i Sverige och utomlands, till den budget som vi nu har lagt. Några har nog trott att de besparingar vi har gjort de senaste tre åren bara är början på ett avvecklande av välfärdssamhället. Kanske framför allt utomlands har man tolkat det så att nu ställer Sverige in sig i ledet, nu kommer Sverige att bli precis som alla andra. Men så är det inte. Vi har gjort besparingar och också skattehöjningar för att ta landet ut ur det kaos som vi befann oss i, för att få en möjlighet att bevara välfärdssamhället. På den punkten är regeringen mycket tydlig: den absoluta kärnan i välfärdssamhället, sjukvården, äldreomsorgen och skolan är det viktigaste när vi börjar återfå kraft i svensk ekonomi. När man frågar människor om vad de tycker är viktigt så är det precis detta som man prioriterar, och det är också det man är villig att betala skatt för.

Skattepolitik i nästan allt

Jag kan inte låta bli, fast det är en sjukvårds-konferens, att komma in då och då på skattepolitik. Det som är roligt med skattepolitik är att den är så intimt sammankopplad med just välfärdsfrågorna. Skattepolitik kan ju inte segla för sig själv som någon farkost som är skild ifrån regeringens övriga politik, skattepolitiken finns ju i nästan allt. Det

innebär att man får vara med i nästan alla aspekter; fördelningspolitiken naturligtvis, men också företagsklimatet och finansieringen av välfärden. Det handlar numera också om miljöpolitik, att stimulera fram en ekologiomvandling av Sverige.

En viktig punkt i skattepolitik är att man inte skall tro att en sänkt skatt leder till någonting bättre, om man inte ser till att också skära ner på utgifterna. Det är en viktig fråga inför de år som vi har framför oss politiskt. De som vill sänka skatterna rejält ska inte börja med att tala om vilka skatter de vill sänka. Det är enkelt för en skatteminister att räkna upp en massa angelägna skatter som han skulle vilja sänka, men vad skall man skära mer på? Det är det svåra. Det är det man måste diskutera med människor. Hur mycket sjukvård skall det skäras ner på? Hur mycket skall skäras ner på skolan eller äldreomsorgen. Vad skall hända med sjukförsäkringen eller a-kassan? Det viktiga när man diskuterar skattesänkningar är att börja där, och då är vi tydliga efter vår partikongress, där vi också har samlat oss kring de viktiga prioriteringarna inför de år som kommer. Först och främst välfärdens kärna, inte skattesänkningar. När ekonomin förbättrats och vi fått resurser utöver det, då är vi inte främmande för att sänka skatter och då vill vi att det i så fall ska gå till låg- och medelinkomsttagarna som kan behöva lite större utrymme.

Bo Lundgrens skatteparadox

När Bo Lundgren var skatteminister sänkte

han skatter och åkte runt och fick applåder. Men det som skedde under de åren kallar jag en skatteparadox. Den borgerliga regeringen klarade inte att minska utgifterna. Räntorna steg, efterfrågan minskade och det lades en död hand över ekonomin. För de som skulle njuta av de sänkta skatterna, t ex företagen, blev det i stället dyrare att betala av på lånen, att göra investeringar. Efterfrågan försvann och skatteintäkter för att finansiera välfärden minskade. För den socialdemokratiska regeringen är det uteslutet att sänka skatter för kapitalägare på sjukvårdens bekostnad.

Jag har tittat lite i de historiska papperen inför det här mötet. För två och ett halvt år sedan var Kjell-Olof Feldt här. Jag vet inte om det var samma auditorium. Han pratade om svensk ekonomi under samma rubrik som jag. Han sade någonting som var väldigt viktigt: ”Det största och omedelbart svåra problemet i Sverige är underskottet inom de offentliga finanserna och den stora statsupplåningen.” Det var budskapet när han var här. Nu är vi i ett läge nästa år, när Sveriges offentliga ekonomi hamnar i balans. Balans 1998 trodde inte någon människa var möjligt för 2–3 år sedan. Därmed har vi klarat av det första stora problemet för svensk ekonomi, och det gör att man kan känna optimism även för allting annat.

Det har naturligtvis inte skett lätt. Vi har sanerat statsfinanserna med 126 miljarder kronor. Sextio miljarder kronor i skattehöjningar, resten i utgiftsnedskärningar. En

del av detta har indirekt drabbat kommuner och landsting. De har på grund av minskade skatteintäkter varit tvungna att skära bland annat på hälso- och sjukvården. Kjell-Olof Feldt sade då, februari 1995, att de besparingar som hade lagts fram inte skulle räcka och han var ganska pessimistisk om framtiden. På den punkten fick han ju fel, och jag tror att jag och Kjell-Olof Feldt är lika glada över att det faktiskt gick att ta landet ur det här kaoset på ganska kort tid.

Statsskulden måste pressas ned

En sak som är väldigt viktig är att budskapet från regeringen inte är att det nu är slut på tiderna när man måste titta på varenda krona och hur den används. Absolut inte. Det är ju inte så att när vi nu kommer i balans så kan vi glömma vår historia. Vi har drygt 1400 miljarder kronor i statsskuld, vilket innebär att vi måste avsätta 110 miljarder kronor i statsbudgeten till räntor. Summan 110 miljarder kronor skulle kunna vara till oerhört stor nytta för att producera välfärd istället. Därför är det så viktigt att de närmaste åren pressa ner statsskulden, att ha ett överskott i statsfinanserna. Det kan bli svårt politiskt, för det finns så stora behov. Människor kommer att säga: ”Men det finns ju pengar här, kan vi inte använda dem till att direkt satsa på detta och detta som är angeläget?” Men då måste vi orka säga nej, vi ska också faktiskt pressa ner statsskulden för att orka med framtida lågkonjunkturer, framtida restriktioner. Vi vill betala av på statsskulden eftersom vi tror att det är ett sätt att göra den gemensam-

ma sektorn stark inför framtiden, så vi slipper vara med om de här kaotiska åren igen.

Moderaterna säger att man inte skall betala av på statsskulden, man skall sänka skatterna för varenda krona som man får i överskott. Då får vi inte den robusthet som behövs i gemensamma sektorn. När vi nu ser ekonomin vända, så är det den första begynnande högkonjunkturen på 30 år i Sverige som inte är orsakad av en devalvering. Eller orsakad av att vi har spätt på de offentliga utgifterna väldigt starkt för att driva upp ekonomin. För första gången på 30 år kommer nu efterfrågan och produktionen av sig själv, av naturliga krafter, därför att hushållen känner att nu är det dags att investera i det de behöver i sitt hem t ex. Den konsumtionen medför att företagen är optimistiska om framtiden och investerar i produktionskapacitet. Det kommer på bredden, exportsektorn går som tåget och har gjort så länge, men nu kommer också den inhemska sektorn igång och det betyder väldigt mycket för hela ekonomin. Då blir det en helt annan stadga och då ser vi att de närmaste åren kommer vi, om allt går väl och vi håller i statsfinanserna och inte får högre räntor igen, att kunna ha ganska goda år framför oss.

Chans att stoppa nedgången i offentlig sektor

Vi ser också att vi då får möjlighet att sätta stopp för den nedgång i offentliga sektorn som vi har haft. Den offentliga konsumtionen, alltså sjukvård, äldreomsorg, barnom-

sorg och annat, har drabbats väldigt hårt av att privata sektorn säckade ihop. Vi förlorade en halv miljon arbetsplatser, 100 000 i offentlig sektor, 400 000 i privat sektor. När 400 000 jobb försvinner i näringslivet, då sätter det en enorm press på gemensamma sektorn och man måste minska även där för att klara av ekonomin. Men när näringslivet börjar komma igång och börjar anställa igen, då kan man sätta stopp för besparingarna i gemensamma sektorn. Tittar vi generellt sett över hela landet, så minskar nu besparingarna. Sedan är det olika verkligheter i olika landsting. En del landsting har stora svårigheter, andra har en ganska stark ekonomi, därför är det alltid vanskligt att säga att något gäller i vart och ett av landstingen. Men för många landsting innebär det att man t ex slipper gå ner i antal anställda personer. Och det är viktigt när det gäller kampen mot arbetslösheten, därför att tidigare har vi haft en påspädning från omsorgerna, från sjukvården, från skolan, av arbetslösa människor som har gjort problemet ännu större. Nu kan vi faktiskt stabilisera läget där.

Strategi för ett starkt välfärdssamhälle

Regeringens strategi för att se till att Sverige blir ett starkt välfärdssamhälle igen, det skulle jag vilja säga bygger på fem delar. Stabil ekonomi och stabil offentlig ekonomi är själva grundbulten. Vi vet nu vad som händer om man tappar greppet över de offentliga finanserna. Det leder till kaos både för välfärden och för privata näringslivet.

Kunskapslyftet: Vi sätter igång en mycket stor utbildningsrevolution över hela landet. Det är också ett strategiskt viktigt steg att göra en stor reform när vi är på väg ut ur krisen. Det kommer att hjälpa oss framöver. Ett gott företagsklimat. Det är klart att vill man ha ett starkt välfärdssamhälle och stark sjukvård, då är det lika viktigt att vi har ett starkt näringsliv, att det är en balans däremellan. De nya jobben kommer att komma framför allt i näringslivet, och det behövs för att vi ska kunna ha skattekraft att också ha en väldigt stark sjukvård. En omställning miljömässigt mot ett alltmer ekologiskt samhälle. Också ett sådant med framtidsprojekt, med investeringar, med förvandling, med modernisering som gör att Sverige kan ligga i fronten när det gäller att se till att klara de utmaningar som finns på miljöpolitikens område. Det femte är att vill man ha omvandling, vill man ha modernisering i ett samhälle som är föränderligt och rörligt, så är trygghet en mycket bättre metod än skräck. Man kan inte tvinga fram rörlighet genom att låta människor förstå att om inte du tar den här chansen, om inte du orkar, om du inte vill, då är det fattigdom som gäller. Det finns samhällen som gör så, och de får en dynamik, men till ett enormt socialt pris, och ingen av oss skulle egentligen vilja ha det på det där sättet.

1. Starka statsfinanser

De här fem punkterna skulle jag bara vilja säga några ord om. När det gäller statsfinanser är väl budskapet klart: jag tycker om

starka statsfinanser. Det behöver jag inte säga så mycket mer om. Det är viktigt för att bevara välfärdssamhället.

2. Kunskapslyftet

Kompetenshöjningen och Kunskapslyftet ser jag som strategiskt viktiga för att locka fram den här omvandlingen. Samhället har som sagt förlorat ungefär en halv miljon arbetsplatser. Vi har haft ett antal år med svår depression och nu börjar ekonomin komma igång. Då kommer också jobben, men det är naturligtvis inte samma jobb som återkommer. Rationaliseringen har gått långt i industrin, förändringarna har varit stora i offentlig sektor. I kommuner och landsting arbetar man på ett annat sätt idag än för sex år sedan. Det är inte samma kompetens och kunskaper man behöver.

Ska alla de som är arbetslösa ha en chans att vara med och söka de nya jobben måste de få goda möjligheter att skaffa sig den utbildning och kompetens som behövs. Därför är det viktigt att vi gör en utbildningsatsning som innehåller två delar. För det första gör vi en mycket stor högskolesatsning, framför allt utanför de traditionella universitetsorterna och ökar antalet högskoleplatser mycket radikalt ute i landet som ett sätt att skaffa fram den spetskompetens vi behöver: civilingenjörer, humanister, ekonomer, matematiker – allt det som behövs när ekonomin vänder. De grupperna får det ju inte bli brist på i ett tidigt skede, när vi är på väg upp. Blir det brist på centrala grupper med speciell utbildning, då

åker lönerna iväg, det smittar av sig på alla andras löner och så får vi inflation, Riksbanken höjer räntan och konjunkturuppgången knäcks. Det är viktigt, en överlevnadsfråga för Sverige, att vi har väl utbildad spetskompetens på många, många områden.

För det andra gör vi en mycket stor satsning på Komvux, vuxenutbildning för människor som inte har den gymnasieutbildning som behövs när man vill återkomma till arbetsmarknaden. Den utbildningen är också till för människor som på många sätt har förlorat sitt självförtroende. Situationen kan vara att man har jobbat 10–15–20 år på en arbetsplats, man blir arbetslös och finner att den typ av arbete man har haft inte finns kvar längre. Det är klart att det är oerhört knäckande för hela ens tillvaro att plötsligt finna sig utkastad i arbetslöshet.

De flesta av oss har fortfarande någon i vår bekantskapskrets, eller kanske i vår familj, som har varit arbetslös en lång period. Vi vet allihop vad det kan göra för människor och människors självförtroende. Hur ska man kunna vara flexibel, om man inte känner att man duger, att man inte har kunskaper som duger. Då är en bred Komvux-satsning, som vi nu gör med 140 000 platser fram till år 2000 som startar nu i höst, oerhört viktig. Man får en chans till grundläggande kompetens, grundläggande utbildning. Det ökar självförtroendet, det ökar de reella möjligheterna att få jobb, det ger flexibilitet. Det är också viktigt i de existerande verksamheterna att använda sig av Kun-

skapslyftet för att se till att ens egen organisation, i sjukvården t ex, får in ny kunskap, nya idéer, kanske väldigt annorlunda än de som funnits tidigare i organisationen. Det kan vara nyttigt för alla organisationer att få in sådant.

Vi gör flera andra former av utbildnings-satsningar, t ex kvalificerad yrkesutbildning och ett antal tusental platser för IT-utbildning tillsammans med Industriförbundet. På flera sätt ökar vi möjligheten att skaffa en bra utbildning, för det är en nyckel-fråga i kampen mot arbetslösheten. Inte minst när det gäller vilken typ av arbeten man kommer att få en chans att få. Är det arbeten som har så låga löner att man inte kan överleva på dem, eller kan man försörja sig och sin familj? Jag tror att det här är mycket viktigare än de diskussioner som finns om att försämlra trygghetssystem, för att locka och tvinga människor att vara flexibla. Det är mycket bättre att erbjuda möjligheterna att i trygghet vara föränderlig och våga byta bransch, våga byta ort eller våga byta yrke.

3. Ett bra företagsklimat

Den tredje delen i strategin handlar om att se till att vi har ett ännu bättre företagsklimat än vad vi nu har i Sverige. Vi har ett väldigt bra företagsklimat när det gäller storföretag,. Det är ju ingen slump att det har vuxit upp stora multinationella industrier på läkemedelsområdet de senaste årtiondena, de traditionella branscherna inom kraftproduktion och annat. Vi har en industri i

Sverige som är unik i världen när det gäller att ha multinationella koncerner i förhållande till landets lilla storlek. Men jag tror som socialdemokrat att det finns en hel del att lära av vad småföretagen behöver för typ av regler, när det gäller skatter, arbetsrätt och annat. Alltså: vad har småföretagen för speciella villkor som gör att vi kanske har försummat dem de senaste årtiondena? Om vi nu lever i en värld som förändras allt snabbare på grund av internationaliseringen, den tekniska utvecklingen och kunskapsutvecklingen, då finns det också större utrymme för småföretagen som är mer flexibla, som är mera föränderliga. Då behöver vi flera småföretag i Sverige.

Vår bolagsskatt är internationellt sett väldigt låg. Vi har gjort den hel del insatser för att kraftigt sänka skatterna för småföretagen. Vi har sänkt skatterna för ägare till småföretagen och har sänkt arbetsgivaravgifterna för småföretag för sammanlagt uppemot sju miljarder kronor. Det gör att de nu, när det vänder, har en helt annan situation och kan anställa fler människor. Vi har gjort förändringar i arbetsrätten, som gör att det för småföretagen är lättare att anställa.

Även på andra sätt har vi förbättrat för småföretagen. I budgeten som lades i förra veckan så går vi tillbaks till 14 dagar sjuklöneperiod just på grund av opinionen. Att ha 28 dagars sjuklöneperiod hindrade småföretagen att anställa, det är viktigt att ta hänsyn till det. Nu pågår ett förenklingsarbete för småföretagen, med avsikten att gö-

ra det lättare att bli småföretagare, så att flera ska våga ta det steget. De flesta av oss kommer inte från miljöer där det är naturligt att vara småföretagare. Om man inte kommer från en familj och social miljö där människor startar företag, så är detta ett ganska stort steg att ta och då ska de administrativa hindren vara så små som möjligt, så att steget att bli småföretagare ska vara så litet som möjligt. Därför tror jag att det är viktigt att förbättra näringslivsklimatet med särskild inriktning på småföretagen.

4. En ekologiskt hållbar utveckling

En fjärde del som är viktig gäller den ekologiskt hållbara utvecklingen. Hur stimulerar vi fram förändring i samhället som medför att vi gör det som måste göras på lång sikt, snabbare än vad det skulle ha gjorts om det bara vara marknaden som tog hand om det. Eller rättare sagt: hur många av oss tror egentligen att, om marknaden själv ska avgöra, vi verkligen kommer att göra alla de investeringar, allt det som behövs, i tid för att klara oss undan en ekologisk kollaps? Det behövs stimulans, det behövs politik, det behövs inblandning för att få den typen av omställning. Vi satsar 5,4 miljarder kronor på att kommunerna nu, med lokalt engagemang och kunnande, ska kunna söka pengar för investeringar för att nå ett ekologiskt uthålligt samhälle. Det handlar om byggnadsförändringar, avfallshantering, energi och mycket annat. Det är då viktigt att stimulera de processer som finns, inte minst viktigt på lång sikt för hälsan, för att

faktiskt ha ett boende och ett leverne som gör att vi mår bra på lång sikt, inte bara jordklotet utan också var och en av oss.

Det kan också innebära att vi får fördelar i form av ett näringsliv som lär sig hur man ska använda ny teknik för att lösa svåra problem. Det blir framtidens exportprodukter. Vi har ju det idag, exportprodukter som grundar sig på den här nära kopplingen mellan samhälle och näringsliv, stat och kommun, landsting och näringsliv. Läke- medelsområdet är ett exempel. Det är svårt att tänka sig att det skulle växa upp en livskraftig stark sådan industri i Sverige utan starka satsningar på universiteten, utan subventionerade läkemedel, utan en stark offentlig sektor när det gäller sjukvård. De hör ihop.

Det skulle vara omöjligt att tänka sig att vi hade haft ett av världens bästa IT-företag utan Televerket, utan satsningar på infrastruktur i hela Sverige, utan offentlig inblandning i telekommunikationen. Det är svårt att tänka sig ABB som ett framgångsrikt företag, om det inte hade varit för att offentliga sektorn behövde göra investeringar i kraftöverföring i ett mycket stort och glest befolkat land. Industriell utveckling har gått sida vid sida med gemensamma sektorns, för att vi velat lösa gemensamma problem. Därför kan det mycket väl vara så att nästa stora exportområde växer fram ur våra höga ambitioner i miljöpolitiken: att nå ett ekologiskt uthålligt samhälle.

Ibland när man talar om export, särskilt om man pratar med folk som arbetar i privata näringslivet, inte minst om man tar någon som är medlem i Metallindustriarbetareförbundet, då får man alltid intrycket av han liksom bär alla oss andra på sina axlar, att alla vi andra är på något vis tärande, att det enda riktiga närande är att arbeta i en industri. Metallindustrin är viktig del av industrin, den står för en betydande del av exporten och exportinkomsterna, men för mig som ekonom och för alla som är intresserade av hur ett samhälle fungerar, så är resonemanget närande-tärande omöjligt. Vi behöver en exportindustri av en enda anledning: vi vill importera en massa saker. Det är väldigt viktigt, men vi har en sjukvård för att vi vill vara friska och klara av att arbeta och klara av att leva ett hyggligt liv, det är lika viktigt. Vi vill ha äldreomsorg, för ingen skulle vilja leva i ett samhälle där man är osäker på hur man hanteras när man blir gammal. Det är lika viktigt.

Ingen av de här sektorerna kan vara närande mer än de andra. Det går inte att skilja dem åt och säga att det här när något som tär oss och det här är något som när. T ex i sjukvården skulle det vara så att om man tillhör Astra, då är man närande, men om man använder Astras produkter i sjukvården då skulle man vara tärande. Det är en orimlig utgångspunkt, för vi behöver alla varandra och vi är alla närande, så länge man befinner sig i någon verksamhet som på något vis för något positivt med sig för alla oss andra.

5. Trygghet främjar tillväxt

Den femte punkten är viktig för att bli ett land som moderniseras och som kommer tillbaks som ett av de rikaste i västvärlden. Jag tycker inte att det är ett självändamål att vara rikast i världen, men vi vill ju ha en situation där vi ökar produktiviteten, där vi ökar BNP, för det ger oss resurser att göra det vi tycker är så angeläget. Därför är det viktigt att se till att Sverige ligger i utvecklingens front, för vi har ju starka ambitioner på välfärdssamhället. Då är tryggheten en sådan viktig del, och trygghet är inget hinder mot tillväxt. Trygghet är inget hinder mot att göra saker klokare och effektivare, trygghet är ett medel att få ett samhälle som blir klokare och effektivare. Därför ser vi det som en viktig tillväxtsats när vi säger i budgeten att vi vill satsa fyra miljarder kronor i år på sjukvård, omsorg och skola och ytterligare fyra miljarder kronor vart och ett av de tre följande åren, så att vi sammanlagt är uppe i 16 miljarder kronor i resursförstärkning från staten till kommuner och landsting. Det är tillväxtsatsningar som är viktiga. De gör att Sverige kommer att vara bättre rustat för att klara av de utmaningar som kommer framöver. Denna tankegång bemöts ibland lite med förakt: det är godis, det är någonting konservativt, det är något gammaldags, nu har traditionalisterna vunnit, och sådant där. Det är en väldigt märklig inställning, när vi vill satsa på det som de allra flesta människor i Sverige känner är väldigt angeläget: sjukvård, äldreomsorg och skola. När vi får resurser över

kan jag inte tänka mig något modernare projekt än att se till att säkra kvaliteten i de verksamheterna.

Samtidigt har vi resurser för att höja barnbidragen, för barnfamiljerna har haft en mycket svår period, och det får vi möjlighet att göra samtidigt som vi uppfyller de mål vi satte för tre år sedan att ha balans i statsfinanserna 1998. Det hade inte varit möjligt att göra det om vi inte hade tagit de där svåra besluten för tre år sedan, men nu är vi i en situation där vi faktiskt kan säga att det finns resurser över att satsa på det vi tycker är viktigast. Det är viktigt politiskt också. Jag tror att många människor har undrat: Vad är det egentligen för skillnad på de politiska partierna? Är de inte likadana allihop? De sparar allihop på samma sätt och tjarar om sin budgetbalans. Det är klart att människor kan känna ett väldigt avstånd till politik. Vad finns det att välja på, om alla är ute efter att spara? Nu har vi möjlighet att visa att vi har sparat inte för att avveckla välfärdssamhället utan för att rädda välfärdssamhället. När vi får resurser över, då satsar vi dem på att stärka välfärdssamhället och då blir det en tydlig skiljelinje med de partier eller det parti som vill sänka skatterna med 100 miljarder kronor och dra undan de pengarna från gemensamma sektorn. Människor har någonting att välja mellan 1998, det är oerhört viktigt. Demokrati ska inte bara handla om samarbete. Det har sin poäng, men det ska också vara mening i att välja.

Jag har försökt prata om svensk ekonomi, försökt beröra sjukvård i de delar jag tycker det liksom hör hemma i samhällsekonomin. Jag är naturligtvis ingen expert på sjukvård. Jag har en hustru som arbetar som sjuksköterska och får i och för sig min skopa av sjukvårdsdebatt hemma då och då. Det är inte alltid beröm för regeringens politik som kommer då, men nu har vi som jag sade möjlighet att visa att det här vi har gjort har inte handlat om något slags illvilja mot sjukvården utan har siktat på att bevara en stark sjukvård. Det vi har sett är sjukvårdens beroende av den totala samhällsekonomin. Vi kan ha vilka ambitioner vi vill, men fungerar inte samhällsekonomin då kommer inte heller sjukvården att fungera. På samma sätt är det ju med sjukvårdens effekt på övriga ekonomin. Fungerar sjukvården dåligt, då får det konsekvenser för övriga ekonomin. Om inte människor får hjälp, då kommer man inte heller tillbaks till arbetet, då minskar möjligheten att klara av en massa andra ambitioner, så allt hänger ihop.

Mitt budskap nu är att Sverige är ur det kaotiska läget. Vi är inte längre mitt inne i rente- och valutakaos. Det innebär att vi har fått tillbaks politiskt handlingsutrymme i Sverige. Vi har fått resurser att satsa på det vi tycker är viktigast. Samtidigt ska vi se till att vi de närmaste åren pressar ner statskulden, för de av oss som värnar mest om välfärden måste var extra noga med att se till att vi också klarar av nästa lågkonjunktur. Det är det som jag tycker är det viktigaste budskapet.

Kapitel 7

Paneldiskussion

Medverkande:

Gösta Gahrton, moderator

Anders Alvestrand, professor i njurmedicin, Huddinge sjukhus

Christer Andersson, sjukvårdsdirektör, Stockholms läns landsting

Ingrid Petersson, departementsråd, Socialdepartementet

Lars Werkö, professor, SBU

Marie Åsberg, professor i psykiatri, Karolinska Institutet

Gösta Gahrton: Den första frågan till panelen är: Hur vill vi fördela de resurser vi har mellan t ex primärvård och specialistvård?

Lars Werkö: Jag tycker inte att det är en ointressant fråga, men man kan inte diskutera den utan att ha bestämt sig för vad som är primärvård och vad som är specialistvård. Vi har ju talat hela dagen om hur stora förändringar som sjukvården undergår och kanske ännu mer om de stora förändringar som kommer att komma. Där blir det en övergång från slutenvård till öppenvård, och det är väl primärvård som öppenvården ska representera. Men man har inte diskuterat någon fördelning av resurser mellan den ena

och den andra av de här delarna av sjukvården. Vad jag däremot tycker skulle vara mycket viktigt att diskutera är samarbetet mellan specialistvården och primärvården. I den frågan hörde vi ju tidigare idag om vikten av att använda sig av modern informationsteknik för att kunna öka samarbetet, som verkligen inte alltid har fungerat så bra som det borde göra. Det gäller ju hur vårdkedjan ska byggas upp för att ge den bästa effektiviteten i sjukvården. Jag skulle vilja att man inte betonar skillnaden mellan specialistvård och primärvård, med ett staket mellan dem, utan tvärtom framhålla vikten av att det finns ett samband, ett samarbete. Där framhöll ju Jan Lindsten det viktiga, att innan man satsar på informationsteknik måste man ha klart för sig hur organisationen ska fungera. Det gäller alltså att först komma överens om hur de här vårdkedjorna skall fungera och sedan förse dem med bästa möjliga informationsteknik, så att man får dem att hänga ihop.

Ingrid Petersson: Jag tycker ofta att det här är en konstlad uppdelning. Ser man det från patientens synpunkt, så är det ju inte den organisatoriska tillhörigheten som är det vik-

tigaste. Det var någon som tidigare talade om hårda och mjuka sektorer, och att vi hängt upp oss för mycket på byggnader och om vården i öppen eller slutna form, dvs var man behandlas. Jag tycker att vi i stället skall diskutera samarbetet mellan primärvården och övriga specialister, både de som finns inom sjukhusets väggar och de som finns ute i primärvården. Här gäller det, precis som Lars Werkö säger, att hitta vad en del kallar en bättre sammanhängande vårdkedja, eller som vi ekonomer ibland säger: en bättre logistik. Ur patientsynpunkt gäller det att skapa sådana sammanhang och samarbetsformer i vården att patienten inte upplever hinder, utan naturliga övergångar, när hon går från en organisatorisk tillhörighet till en annan eller från en specialist till en annan.

Marie Åsberg: Någonting som har hänt inom psykiatrin under senare år är att vi har börjat experimentera med olika typer av mellanvårdsformer. Det finns naturligtvis fortfarande patienter som ligger inne på sjukhus dygnet om. Det finns också de som ligger inne delar av ett dygn, en natt, eller som är på sjukhuset under dagen. Det finns också mottagningar som är tätt knutna till vårdavdelningar och det finns öppna mottagningar ute i samhället. Jag tror att hela den här uppdelningen mellan primärvård och slutenvård blir alltmer flexibel och det är rimligt att tänka sig att även ekonomin, eller resursfördelningen mellan dessa vårdformer, då blir mera flexibel.

Christer Andersson: Jag kan ansluta mig

till det som har sagts hittills. Den utvecklingsplan vi gjort för Stockholms läns landsting bygger ju på det resonemanget, dvs med primärvården som basen i sjukvården och med samarbete mellan de olika delarna av vården. Därför tycker jag inte att det är särskilt intressant att diskutera fördelningen av resurserna mellan de olika specialiteterna.

Gösta Gahrton: Hur kan vi effektivisera sjukvården? Ska vi lägga ned sjukhus och på det viset bli mera effektiva, eller ska det äga rum inom den befintliga strukturen?

Ingrid Petersson: Vi kommer alltid att leva i en föränderlig värld, oberoende av om det gäller att hushålla med resurserna eller att få en bättre vård. Jag tror att vi kommer att behöva förändra vår sjukhusstruktur och kanske göra den mera platt. Vi behöver kanske inte ha tre nivåer av sjukhus: länsdels-, läns- och regionsjukhus. Vi kanske kan koncentrera en del av sjukvårdsverksamheten mycket tydligare än vad vi har gjort idag, och samtidigt flytta en del av den övriga vården mycket närmare patienten, framför allt det som kommer att kräva en kontinuitet och ett mycket nära samspel mellan patienten och den som vårdar. Jag tror att det kommer att ske ganska betydande strukturförändringar också framöver.

Lars Werkö: Det har länge diskuterats om stora sjukhus är mer effektiva än små sjukhus och om det finns några optimala gränser som man kan sätta i det avseendet. Det

finns faktiskt en del litteratur på det här området. En av SBU:s motsvarigheter i England har just gått igenom litteraturen och funnit att sjukhus som har mindre än 200 sängplatser i allmänhet är ineffektivare än de som har mer än 200 sängplatser, men att gränsen för ett effektivt sjukhus ligger mellan 200 och 600 sängplatser. Med över 600 sängplatser blir sjukhuset igen mindre kostnadseffektivt än när det ligger på en lagom storlek. Litteraturen på området är dock inte särskilt omfattande och den gäller framför allt amerikanska och engelska förhållanden. Den visar emellertid klart på att det finns en övertro på att storsjukhus med stora staber skulle vara mer kostnadseffektiva än mindre sjukhus. Ur den synpunkten är det naturligtvis bättre att satsa på medelstora sjukhus än att satsa på de riktigt små, som inte blir kostnadseffektiva för att de har för lite att göra, eller på de stora, som blir administrativt övertunga och som inte klarar att sköta det de egentligen ska sköta.

Gösta Gahrton: Jag har en fråga här som ofta återkommer, nämligen om det skulle vara effektivt att lägga ner landstingen.

Christer Andersson: Jag tror egentligen inte detta. Det är mer en filosofisk fråga. I så fall måste man ju också ställa sig frågan: hur ska finansieringen och ansvaret för vården ordnas i stället? Det finns naturligtvis olika alternativ. Ett är att centralisera till staten och finansiera sjukvården den vägen, och enbart ha ett produktionsansvar ute i verksamheten. Att lägga det på primärkommunal ni-

vå skulle också kunna vara en möjlighet. Jag tror att det kommer att ske successiva förändringar, men jag delar Margot Wallströms uppfattning att det inte är riktigt rätt timing att nu engagera sig i huvudmannaskapsfrågor. Vi har för mycket av andra problem med att få ut så mycket vård som möjligt av de resurser vi har för att samtidigt kunna föra en diskussion om stora förändringar när det gäller huvudmannaskapet.

Lars Werkö: En av de frågor som gör att vi sitter här är ju att det har varit så oerhört mycket av förändringar, nedskärningar, omprioriteringar och liknande under de senaste åren att personalen i sjukvården inte orkar med. Vi hörde också om omsättningen på sjukhusdirektörer vid universitetssjukhusen, hur de försvinner. Det finns tillräckligt mycket att göra i sjukvården, och i dess inre organisation, för att därigenom vinna effektivitet, för att man ska avstå från förhoppningar om att man kan vinna något genom att förändra den politiskt styrda medelstilledningen till sjukvården på något sätt. Om man skulle lägga ner landstingen är det ju fråga om någon slags revolution. Det skulle ta många år innan det hade lugnat ner sig efter det, och man vet dessutom inte riktigt vad man skulle få istället. Är det inte bättre att vi försöker göra en sak i taget och få sjukvården så bra som möjligt. Sedan kommer landstingen så småningom att krokna av sig själva eller slås ihop som man har gjort i Skåne och i Västsverige. Framtiden kommer inte att se ut som i dag, och det är att ledas bort från den verkligt viktiga de-

batten om sjukvårdens inre organisation, om man hoppas på någon form av politiska övertagandebeslut.

Gösta Gahrton: Vad kan vi i själva verket göra i form av effektiviseringar inom de ramar vi har?

Anders Alvestrand: Jag tror att alla egentligen tycker att det har varit nyttigt att genomgå den process som har pågått under några år. Det finns en del effektiviseringar som har varit av godo, och man har tvingats att tänka igenom vad man bör och inte bör göra och hur man skall uppnå det bästa för patienten. Man kan dock inte minska budgeten med ett antal procent varje år och tro att man kan fortsätta med det hur länge som helst. Ganska snart kommer man ju till en gräns där det blir väldigt mycket svårare, och så småningom går det inte alls att spara mer. Det jag tror att man måste göra är att sätta upp målen för verksamheten, klargöra vad det är vi ska göra, vad vi har för målsättning, och sedan försöka få medel till det. Får vi då inte tillräckliga resurser måste vi naturligtvis omformulera målen efter de ekonomiska förutsättningarna. Det måste naturligtvis göras på ett genomtänkt sätt, så att man inte missgynnar de svårast sjuka. Men det hela förutsätter att vi får ett stöd från politikerna. När man tvingas säga nej vill vissa saker måste även politikerna ha kura-ge att stödja detta. Det tycker jag är någonting som ofta saknas. Det kan då uppstå något ömmande fall, för vilket politikerna genast väjer undan och i stället anklagar

professionen genom att säga att det inte är sant att det inte finns resurser.

Marie Åsberg: När man talar om effektivisering, så är det ju ingen som kan säga annat än att det är bra att rationalisera och använda de resurser man har på ett vettigt sätt. Det är svårt att argumentera emot det. Men när man arbetar i verksamheten, så grips man ibland av en känsla av att det här som kallas för att effektivisera i själva verket handlar om att öka arbetstakten och minska tiden för eftertanke. Det är ganska smärtsamt ibland. Jag har en känsla av att en del av den där minskade, så kallade luften i systemet, kanske möjligen var viktig andningsluft för klinisk forskning. Det har blivit svårare för läkare idag att ägna sig åt det som ifrån myndighetshåll ibland lite föraktfullt kallas för fritidsforskning, men som har varit en del av det som har burit den kliniska forskningen framåt. Jag ser problem med det när arbetstakten blir så hög som den är nu. Möjligheterna till ledighet är så små numera att det kan bli svårt att rekrytera unga kliniker för forskning. Läkarna är inte längre unga kliniker när de får tid att forska – om de någonsin får det. Det är faktiskt så att vi börjar märka det i Medicinska Forskningsrådet på antalet ansökningar om medel för kliniska forskare. Jag anser att man måste vara klar över att de bevis som ska produceras i den evidensbaserade medicinens namn förutsätter klinisk forskning, och att om den inte möjliggörs genom lite luft i systemet måste vi få resurser någon annanstans ifrån för att kunna fortsätta att driva klinisk forskning.

Gösta Gahrton: Har vi någon valfrihet när det gäller sjukvård?

Christer Andersson: Självklart har vi valfrihet, men den begränsas ju på många sätt. Vi ger information till patienterna, men reell valfrihet kräver egentligen varudeklARATION av produkten och där är vi inte ännu. Om man ska ha ett reellt innehåll i valfriheten ska man naturligtvis veta vad man väljer. Vi kan välja läkarvård, vårdcentral etc, men valfriheten är inte fullständig eftersom vi inte vet fullt ut vad vi väljer.

Marie Åsberg: Att valfriheten i praktiken blir begränsad ser vi också i psykiatrin, där byte av vårdgivare är en komplicerad historia. Budskapet till patienten är ungefär att ”om du nödvändigtvis måste så är det klart att du kan välja, men det bästa är om du inte väljer någonting annat än det du är tilldelad”.

Ingrid Petersson: Det här är ju också vad hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU 2000) har observerat i sitt arbete: på papperet finns det en valfrihet, men i realiteten har patienten ofta inte kunskap om att den finns. Jag vet inte om det är sjukvårdspersonalen som inte uppmuntras till att informera om detta eller om man inte har tid. Även om man får välja, så vet man inte riktigt vad man väljer.

Anders Alvestrand: Jag tror att det är viktigt att vi vet vad vi syftar på när vi diskuterar valfrihet. Om det är vilken läkare pa-

tienten får gå till, vilket sjukhus han ska behandlas på, vilken behandlingsmetod som skall väljas eller vilka utredningar som skall göras. Det är faktiskt så att där måste det finnas en gräns för patientens valfrihet. Den behandling som ges skall ju helst vara evidensbaserad. Det skall finnas goda grunder att anse att den är effektiv. Dessutom måste valfriheten rimligen ligga mellan kostnadsmässigt jämförbara behandlingar. Det finns naturligtvis också gränser för diagnostiska utredningar. När ytterligare undersökningar inte kan förväntas tillföra någonting finns det, som jag ser det, ingen rimlig anledning till någon valfrihet.

Lars Werkö: Det här är första gången som vi kommer in på patienten och dennes ställning i sjukvården, och trots allt är ju sjukvården till för patienten. Jag skulle vilja rekommendera en bok som nyligen kommit ut och som heter *Market Driven Health Care – Who Wins, Who Loses in the Transformation of America’s Largest Service Industry?* Författaren är professor vid Harvard Business School och skriver bland annat att de som levererar sjukvård inte har brytt sig särskilt mycket om vad patienterna säger, och att om man inte tänker mera på detta i framtiden, så kommer sjukvården att förlo- ra på det. Jag tror att jag kan intyga att den svenska sjukvården inte står den amerikanska efter, när boken säger att man behandlar patienterna som om deras tid var utan värde och som om de inte visste vad de kan välja

mellan, när de i verkligheten kan göra det, eller har större och större möjligheter. Det finns ju de som läser på Internet osv. Jag tyckte det var intressant och hoppingivande att höra Margot Wallström säga idag att man måste utnyttja patientorganisationerna mer i diskussionerna om framtidens sjukvård.

I den utredning om bemötandet i sjukvården som jag satt med i som sakkunnig intervjuade vi en rad patientorganisationer, och det var rätt förskräckliga historier vi fick höra om hur patienter bemöts i sjukvården i Sverige idag. Det var också intressant att se att i den stora enkät som SCB gjorde, där man frågade om bemötandet i sjukvården, så visade det sig att de som var äldre än 50–55 år, de hade kvar den gamla tacksamma inställningen till sjukvården. De var tacksamma att över huvudtaget bli omhändertagna, medan däremot de som var yngre än 40 år svarade att de ofta hade uppfattat hur illa de blev behandlade i sjukvården, på vilket arrogant sätt som personal av alla kategorier – läkare, sjuksköterskor eller undersköterskor – kunde uppträda mot en patient. En allmänläkare har med rätta sagt att patienten faktiskt är expert på sin egen sjukdom. Man måste lyssna på den experten och ta mycket mera hänsyn till patienterna i framtiden och ha med dem i diskussionerna.

Gösta Gahrton: Därmed har vi nu kommit över till forskningen och vad den betyder. Landstinget har ju faktiskt en mycket stor

forskningsbudget, som kommer främst universitetssjukhusen till del. Jag tror den är större än Karolinska Institutets budget för forskning vid universitetssjukhusen. Vad betyder det här och hur viktigt är det här?

Lars Werkö: För det första skulle jag vilja säga att det är lika farligt att ställa forskningen emot den enkla rationaliseringen och omhändertagandet av patienten som det är att dra gränser mellan primärvård och specialistvård. Vi ska naturligtvis satsa på bägge, men vi ska inte satsa på forskningen och sedan strunta i hur man tillämpar forskningsresultaten, eftersom det är klok tillämpning som innebär att man tar hand om patienterna på bästa möjliga sätt. Sedan kan jag hålla med om att Stockholms läns landsting satsar mycket på forskning. Där har jag som medlem i en sakkunniggrupp upplevt att det tyvärr är ett remarkabelt dåligt intresse från dem som arbetar i sjukvården att verkligen utnyttja det här tillfället till att få pengar till forskning. Då kommer vi tillbaka till en fråga som vi redan varit inne på: de förändringar som sker i sjukvården, det myckna talet om nedskärningar och besvärligheter, gör att personalen – läkare och sjuksköterskor och all annan personal – så småningom förtvivlar, de tröttnar, de förlorar entusiasmen i sjukvården. Den är inte alls densamma som den var tidigare och, som Marie Åsberg sade, man söker inte forskningsanslag. Det hjälper ju inte att landstinget snällt erbjuder forskningsanslag, om arbetsförhållandena på avdelningarna är

sådana att ingen kan utnyttja de anslagen, förutom t ex en klinisk farmakolog, som inte har några patienter som han behöver bekymra sig om.

Marie Åsberg: Jag hör också till dem som tycker att Stockholms läns landsting är både generöst och klokt när det gäller satsning av forskningsmedel. Jag satt för någon tid sedan för Socialstyrelsens räkning i en utredning om psykiatrisk forskning. Där hade vi anledning att granska varifrån anslagen till den psykiatriska forskningen kom, och det visade sig att över hela landet bidrar landstingen med mycket stora pengar. Men det fanns problem med detta. Ett av problemen var att det från vissa landsting var svårt att överhuvudtaget få veta hur mycket som anslagits och till vad, därför att dessa medel var ofullständigt redovisade. Ett annat problem var att valet av de projekt som skulle få anslag ofta verkade ha varit ganska slumpmässigt. Det fanns ingen akademisk forskningskunnig kvalitetskontroll innan pengarna fördelades, och här rör det sig om mycket stora summor, sannolikt mer än man får av andra offentliga medel. Det gavs ofta stora forskningsanslag till personer som inte hade egen forskarkompetens och inte heller handledning. Uppföljning och publicering av de data som man får fram från sådan här forskning är ofta helt otillgänglig. De kommer kanske i stencilform någonstans och begravs i något lokalt arkiv. Detta är beklagligt, eftersom jag tror att ambitionerna från landstingen faktiskt är stora, liksom viljan att stödja forskning. Vad man då skulle önska sig är bättre rutiner för granskning av projekten, bättre resurser för handledning och bättre möjlighet för spridning av resultaten.

Anders Alvestrand: Jag förstår inte riktigt vad Lars Werkö säger, att de kliniska forskarna inte söker anslag. Det är möjligt att det finns vissa anslag som inte söks, men nog forskas det för de pengar som kommer från Karolinska Institutet och från landstinget till universitetssjukhusen i Stockholm. Det som kommer från landstinget fördelas ju till en del på stora projekt, men också till kliniker efter vissa fördelningsnycklar. En del av de pengar som kommer på det sättet kan anses vara betalning för den luft som förut fanns i systemet, och som man nu försöker synliggöra i forskningen. Det råder en omställningsperiod innan man på alla håll klart definierat sin forskningsbudget. Vid genomgångar har det visat sig att de här pengarna kommer till god användning. Jag tror att landstinget har naturliga krav på att en del av dessa pengar används just till att ta fram sådant som bidrar till evidensbaserad sjukvård. För att man ska kunna göra det krävs ju att man är en duktig kliniker och att man känner till något om forskningsmetodik. Därför tycker jag att det är intressant att man vid Karolinska Institutet nu har diskuterat ändrade meriteringsgrunder för läkartjänster. Förutom den vetenskapliga och pedagogiska skickligheten vill man införa även klinisk skicklighet. Som en indikator på just klinisk skicklighet har det nämnts att man skall ha visat förmåga att genomföra kliniska utvärderingar.

Marie Åsberg: Innan vi lämnar forskningen har jag en propå. Vi har talat mycket om evidensbaserad sjukvård och om en oerhört snabbföränderlig vårdorganisation. Jag undrar därför när den dag kommer då vi får evidensbaserad vårdorganisation? Det finns en lust till förändring, och den som förändrar har en vision av någonting fantastiskt. Vi som verkar i organisationen känner oss ibland som om vi var utsatta för randomiserade försök men utan utvärdering. Det är klart att man inte kan göra randomiserade försök med vårdorganisation, men man kan ju faktiskt göra fall-kontrollstudier, eller crossover-studier, under förutsättning att man har någon indikator på hur väl organisationen fungerar. Det finns ju faktiskt möjligheter att när en vårdorganisation förändras följa vissa kvalitetsindikatorer som man har bestämt sig för på förhand. Man borde kunna få till stånd en oberoende utvärdering utförd av någon lämplig akademisk institution eller extern konsult. Sådant bör naturligtvis planeras innan man genomför en förändring och göras före, under och efter, så att man följer upp vad som händer. Jag tror det är så att när man bygger stora offentliga byggnader, så anslår man en viss procentsats av byggkostnaden till utsmyckning. Det måste väl vara lika rimligt att man, när man gör stora offentliga organisationsförändringar, avsätter en viss procentsats till utvärdering och att de pengarna används för att bekosta en oberoende utvärderare. Det är klart att vårdorganisationen inte ska utvärdera sig själv, utan det ska någon annan göra. Det var min propå.

Lars Werkö: Jag kan till att börja med säga att SBU tillkom genom ett riksdagsbeslut 1987. Det var såvitt jag vet första gången som riksdagen beslöt att man skulle inrätta en verksamhet med statliga medel, som skulle vara en försöksverksamhet och som skulle utvärderas inom tre år. SBU tillkom alltså som en kommitté inom Socialdepartementet och utvärderades av Bengt Holgersson med hjälp av några nordiska specialister efter två och ett halvt års verksamhet. Det rekommenderades då att verksamheten skulle fortsätta, så SBU blev en ordinarie myndighet från 1992. Det är alltså detta som Marie vill ska tillämpas även på sjukvårdsorganisationen. Jag håller helt och hållet med om att det är häpnadsväckande att man lägger stora belopp på förändringar i sjukvården, utan att från början sätta av medel till utvärdering eller över huvudtaget tänka på att en sådan skall utföras. Det här är ju inte på något sätt en ny diskussion. När Läkarförbundet för drygt 20 år sedan fyllde 75 år hölls det en konferens av den här typen. Där diskuterades den dåvarande sjukvårdskrisen och där diskuterade vi precis samma sak: att man borde utvärdera de förändringar som skulle ske i sjukvården. Alla nickade belåtet och gick hem och ingenting hände, och jag är rädd för att ni som sitter här nu och nickar belåtet också kommer att gå hem och ingenting kommer hända. Men nog borde man kunna i planeringen av förändringar i sjukvården inkludera att man skall undersöka hur förändringar i organisationen påverkar resultatet av vården.

Marie Åsberg: Annars blir det som min vän psykologiprofessorn, brukar säga: ”Utvecklingen går med stormsteg fram och tillbaka”.

Gösta Gahrton: Hur kommer alla de strukturförändringar som vi nu är utsatta för att utvärderas?

Christer Andersson: För det första sker naturligtvis en ständig och fortlöpande utvärdering, men vi har gjort ett särskilt krafttag den här gången och ett av projekten bedrivs tillsammans med Socialstyrelsen. Jag tror det är ett 20-tal utvärderingsprojekt som ska följa den här strukturförändringen 1996, 1997 och 1998, med fokus på kvalitetsfrågorna. Jag tyckte detta var särskilt angeläget och blev väldigt glad när Socialstyrelsens tog ett initiativ att tillsammans följa upp förändringarna. Den första rapporten har redan kommit. Den gäller kvinnosjukvården och har fått lite svallvågor i massmedia. Vi har ju sagt i utvecklingsplanen att, som jag antydde tidigare idag, detta troligen är det största förändringsarbetet som gjorts i Sverige under en så kort period. Det är klart att vi inte har hittat rätt i varje detalj, långt därifrån, vad vi måste göra är att successivt korrigera när vi får reda på konsekvenserna genom utvärderingen av förändringsarbetet, och detta sker nu under de närmaste åren.

Ingrid Petersson: Det finns en fråga som inte tagits upp här: vårdpersonalens åldersstruktur. Jag tycker att det är problematiskt

att vi har personal som i genomsnitt blir äldre och äldre. De har då mycket erfarenhet – men det är också ganska tunga arbeten. Vi får inte in nytt blod i verksamheten. Man kan t ex tänka på IT-kompetens och liknande, och när man funderar på varför vi har färre forskarstuderande, så kan man ju ställa sig frågan om inte även det har samband med åldersstrukturen i hälso- och sjukvården totalt sett. Framför allt kanske detta har betydelse för vårdvetenskap, folkhälsovetenskap och forskning inom omvårdnad och rehabilitering. Vi sitter i princip med givna ekonomiska ramar, men jag tycker ändå att vi har ett gemensamt problem där: hur kan vi få in fler yngre människor i vården? De kanske också bättre kan kommunicera med den yngre delen av befolkningen – det är många som kommer till vården som patienter och som inte hittar sin generation där längre.

Christer Andersson: Jag blev glad när den här frågan kom upp, för jag har själv aktualiserat den på hemmaplan. Den minskande andelen yngre personal är en av de viktigaste långsiktiga frågorna. Vi kan inte leva med ordningen ”sist in – först ut” om vi ska komma tillrätta med det här problemet. Med de regler som finns idag i kollektivavtal och annat så kan det bli mycket allvarligt om 15–20 år.

Gösta Gahrton: Är det någon som ser en risk för polarisering mellan unga och gamla, om man börjar med ”ut med de gamla och in med de unga”?

Christer Andersson: Nej, jag tror att man kan hitta former. Det är klart att det finns risk för polarisering, men man kan hitta en lösning i diskussioner med de fackliga organisationerna.

Gösta Gahrton: Jag tänkte nu att alla paneldeltagarna skulle få säga någonting om sina visioner. Vad kan vi göra för att vården ska bli ännu bättre för patienterna inom de ramar vi har?

Christer Andersson: Det finns många olika dimensioner i sjukvården. Det kanske allra viktigaste är att skapa trygghet vid förändringar, särskilt som vi troligen får uppleva en successivt ökad förändringstakt. Kan vi inte, som ansvariga läkare och tjänstemän skapa en trygghet i förändringen, finns det risk att vi förlorar mycket på vägen. Jag skulle gärna vilja sluta med ett citat av Machiavelli från 1500-talet: ”Man måste också betänka att det inte finns någonting som är svårare att utföra, som man kan vara mera oviss om att lyckas med, och som är farligare att genomföra, än att införa nyordningar, ty den som inför förändringar har alla dem till fiender som drog fördel av den gamla ordningen och har endast ljumma försvarare bland dem som drar fördel av den nya.”

Ingrid Petersson: Det är svårt att tala efter Machiavelli, men jag vill ändå säga att jag tror att vi bör riva murarna. Då tänker jag på

murarna mellan kommuner och landsting, mellan öppenvård och slutenvård, mellan allmänmedicin och andra specialiteter, mellan offentlig och privat vård, mellan ung och gammal och mellan professionen och patienten. För detta krävs det att vi vågar vara öppna, att vi vågar tala om vad vi har för fel och brister och inte bara vad vi är bra på. Vi måste kunna kommunicera bättre och vi måste kunna se varandras resurser och inte bara se varandra som hot.

Anders Alvestrand: Jag skulle också vilja riva murar. Jag tror att en nyckel till det är att sammanföra finansieringsformerna för sjukvården, så att man inte som nu kan lasta över en del av kostnaderna på en tredje part. Det är helt nödvändigt att ändra detta. I min specialitet, njurmedicin, där vi sysslar med dialysbehandling, betalar Riksförsäkringsverket en stor del. Kan vi få in de där pengarna i verksamheten och kanske hantera dem på ett mera ansvarsfullt sätt, så tror jag att man kan utveckla mycket. Det måste gälla nästan alla andra specialiteter också. Det är ett ansvar för staten och landstingen att komma till en bra överenskommelse på det området. Landstingen har sedan ett ansvar att fördela pengarna på ett väl genomtänkt sätt och att inte vara för snåla med att ge plats för utbildning och förändringsarbete.

Lars Werkö: Jag vill bara instämma med Ingrid Petersson om vikten av att riva murarna, detta gäller även mellan dem som ut-

bildar och dem som blir utbildade, mellan dem som forskar och dem som inte forskar osv. Jag tror på ett bättre samarbete på alla nivåer. Det här med vårdkedjan måste etableras på ett helt annat sätt, och det måste vara patienten som är med i den. För att vi ska kunna genomföra det behövs inte bara verkställande direktörer i storkoncerner utan ledare på alla nivåer. Är det något jag lärde mig på Astra så är det att middle management spelade en enorm roll för att verksamheten skulle rulla vidare. Det måste finnas ledare inom varje team, och det måste finnas en genomtänkt filosofi från toppen och ner till det som kallas för verkstadsgolvet, vilket kanske ska vara golvet på avdelningen under sängarna.

Marie Åsberg: Eftersom jag är sist kanske jag får ha två visioner. Min första vision bygger på att jag önskar att det måtte försvinna, som Albert Engström sade en gång för väldigt länge sedan i *Pyttans AB- och CD-lära*: ”Kroppen är den större delen med ett litet hål för själen”. Jag önskar alltså, att man insåg att själen är nog så betydelsefull. I en utredning från WHO, som hade gjorts på Harvard 1996, har man granskat orsaker till ohälsa. Det visade sig att fem av de tio diagnoser som svarade för mest ohälsa i världen var psykiatriska. Jag skulle gärna vilja att svensk medicin på något sätt vore mer i balans med denna iakttagelse. Det psykiska tillståndet är av betydelse inte bara för psykiska sjukdomar utan också för kroppslig hälsa, livsstil, och viktigt för behandlingsföljksamhet, för förmåga att ändra livsstil.

Det är det som kallas för medicinsk psykologi eller beteendemedicin.

Min andra vision handlar om evidensbaserad medicin och vad vi använder oss av när vi ska bestämma oss för vad vi ska tro på. För oss alla finns en tendens att bestämma sig på grundval av retorik och argument som t ex kan vara logiska, slående eller emotionella. Jag önskar att man i allt större utsträckning i stället går på empiri och evidens, alltså på resultat av undersökningar. Det gör vi ju när det gäller läkemedelsbehandling, det kräver vi av myndighetskontrollen: en stor mängd evidens innan ett nytt läkemedel accepteras. Jag önskar att vi skulle göra samma sak inom kirurgin och inom psykoterapi som är en mycket större verksamhet än man skulle kunna tro. Det finns 3 000 legitimerade psykoterapeuter i Sverige – fler än vad det finns psykiatrer. De står under Socialstyrelsens tillsyn, men det finns ingen tydlig konsensus mellan dem om vad som är bra och mindre bra psykoterapi. Jag tror att det finns en stor potential i psykoterapikompetensen, och det börjar komma evidens för att den är en verksam behandling för många. Men man skulle önska att det gjordes mycket mycket större satsningar på utvärderingar också på den sidan. Eftersom mycket psykoterapi betalas av offentliga medel tycker jag att man också på det området kunde kräva att en viss del av resurserna satsades på utvärdering. Att tänka på och att påverkas av evidens snarare än av aldrig så vackra argument kommer att sprida sig – det är min vision.

Gösta Gahrton: Min vision är att vi kommer att fortsätta satsa ganska mycket pengar på forskning och utveckling som till slut kommer att komma patienterna tillgodo. Det kommer också att göra att kunskapsmängden ökar så enormt att vi faktiskt måste satsa mer på specialisering och koncentration. Det tror jag också kommer patienterna tillgodo. Jag tror att vi just nu sprider

resurserna för mycket och kommer att fortsätta med det enligt de förslag som nu ligger. Jag skulle önska mig en något större koncentration, och jag tror att den kommer, och att detta blir till patienternas bästa.

Därmed vill jag tacka panelen och auditoriet för att ni kom!

Konferensprogram

Sveriges ekonomi och sjukvårdens II, 24 september 1997

<i>Introduktion</i>	Gösta Gahrton
<i>Den sjukvårdspolitiska inriktningen</i>	Margot Wallström
<i>Prioriteringar, mål och medel</i>	Jan Lindsten
<i>Ekonomiska konsekvenser av vård och medicinsk forskning</i>	Egon Jonsson
<i>Den evidensbaserade sjukvården</i>	Christer Andersson Mona Britton Mora Kallner
<i>Förhållandet mellan behov och resurser för vård och medicinsk forskning</i>	Kjell Asplund
<i>Sveriges ekonomi</i>	Thomas Östros
<i>Paneldiskussion, frågor och debatt</i>	Gösta Gahrton, moderator Anders Alvestrand Christer Andersson ⁸⁹ Ingrid Petersson Lars Werkö Marie Åsberg

Konferensen arrangerades av SBU i samarbete med institutionen för medicin vid Karolinska Institutet, Huddinge Sjukhus.

Föredragshållare

Sveriges ekonomi och sjukvårdens II, 24 september 1997

Margot Wallström

Socialminister

Thomas Östros

Skatteminister

Anders Alvestrand

professor

Huddinge sjukhus

Christer Andersson

sjukvårdsdirektör

Stockholms läns landsting

Kjell Asplund

professor

Norrlands universitetssjukhus

ordförande SBU

Mona Britton

docent

SBU

Gösta Gahrton

professor

Huddinge sjukhus

Egon Jonsson

professor

SBU och Karolinska Institutet

Mora Kallner

sjukvårdschef

Stockholms läns landsting

Jan Lindsten

dekanus

Karolinska sjukhuset

Ingrid Petersson

departementsråd

Socialdepartementet

Lars Werkö

professor

SBU

Marie Åsberg

professor

Karolinska Institutet

Rapporter publicerade av SBU

- Värdering av medicinska metoder och sjukvårdens effektivitet (1989)
- Preoperativa rutiner (1989)
- Benförankrade implantat (1989)
- Medicinska metoder i behov av utvärdering – en enkätstudie (1989)
- Ont i ryggen – ett samhällsproblem (1990)
- Gastroskopi – vid utredning av ont i magen (1990)
- Kärlkirurgi vid åderförkalkning i benen (1990)
- Stötvågsbehandling av njursten och gallsten (1990)
- Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling (1991)
- Benmärgstransplantation (1991)
- Epilepsikirurgi (1991)
- Prioritering och ransonering i sjukvården – aktuella tendenser i USA (1992)
- Kritisk analys inom medicinen (1992)
- Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) (1992)
- Magnetisk resonanstomografi (1992)
- Slaganfall (1992)
- Behov av utvärdering i psykiatrin (1992)
- Gendiagnostik med PCR (1993)
- Retinopati vid diabetes (1993)
- Literature Searching and Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practices (1993)
- CABG and PTCA. A Literature Review and Ratings of Appropriateness and Necessity (1994)
- Trafikolycksfall (1994)
- Måttligt förhöjt blodtryck (1994)
- Behov av utvärdering inom sjuksköterskans område (1994)
- Sveriges ekonomi och sjukvårdens (1995)
- Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960–1992 (1995)
- Hysterectomy – Ratings of Appropriateness (1995)
- Massundersökning för prostatacancer (1995)

- Mätning av bentäthet (1995)
- Strålbehandling vid cancer, Volym 1 och 2 (1996)
- Critical Issues in Radiotherapy (1996)
- Behandling med östrogen (1996)
- Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention (1997)
- Behandling med neuroleptika, Volym 1 och 2 (1997)
- Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program (1997)
- Att förebygga sjukdom – med antioxidanter, Volym 1, Antioxidanter och cancersjukdomar, Volym 2:1 och 2:2 (1997)
- Reumatiska sjukdomar – kirurgisk behandling, Volym 1 och 2 (1997)
- Sveriges ekonomi och sjukvårdens II (1997)

SBU – Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik

SBU etablerades som en fristående myndighet den 1 juli 1992, efter att ha varit knutet till Regeringskansliet sedan starten 1987. Regeringens uppdrag till SBU innebär följande:

- ❑ SBU skall medverka till ett rationellt utnyttjande av givna resurser inom hälso- och sjukvården. Beredningens arbete skall vara inriktat på utvärdering i vid mening. Detta skall ske genom att SBU för hela landet utvärderar nya och etablerade medicinska metoder ur medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv.
- ❑ SBU skall med hjälp av externa experter ta fram underlag i form av kunskapsöversikter och synteser över befintligt vetenskapligt material. Information om uppnådda resultat skall spridas för beslut på central, lokal och medicinskt professionell nivå och därigenom främja en god och effektiv vård i hela landet.
- ❑ SBU:s utvärderingar skall sammanställas på ett enkelt och lättfattligt sätt som gör det möjligt för sjukvårdshuvudmännen och andra berörda att tillägna sig den kunskap som vunnits.
- ❑ Beredningen skall dokumentera hur kunskapsöversikterna har använts och vilka resultat som nåtts.
- ❑ SBU skall tillvarata nationella och internationella erfarenheter och resultat samt vara en kontaktpunkt när det gäller utvärdering av medicinsk metodik.

