

Fördomar om effektiviteten i svensk sjukvård

Snaebjörn Arnljots går i Läkartidningen 7/98 till rätta med oss som i Läkartidningen 1–2/98 reagerat på den debattartikel som ledande fackliga företrädare publicerade i Dagens Nyheter den 25 november.

I sitt angrepp tar Snaebjörn Arnljots ändå upp en konkret fråga. I DN-artikeln talade våra fackliga företrädare om den dåliga effektiviteten i svensk sjukvård. Arnljots frågar nu om det finns belägg för uppfattningen att svensk sjukvård håller god kvalitet i internationella jämförelser.

Låt mig bara ta ett av flera exempel. I WHO:s MONICA-projekt kartläggs hjärt-kärlsjukdom i ett stort antal befolkningar i 26 länder. Hjärtinfarkt och akut cerebrovaskulär sjukdom diagnostiseras på ett helt enhetligt sätt. Utfallet mäts också enhetligt. Kvalitetskontroller har genomförts regelbundet. Detta ger unika möjligheter att göra säkra jämförelser mellan befolkningarna. Två MONICA-centra finns i Sverige. Det ena täcker in Göteborgsområdet, det andra Norr- och Västerbotten.

Andelen döda vid fyra veckor efter insjuknandet (letaliteten) kan användas som resultatmått. Bland 38 jämförda manliga befolkningar har Norr- och Västerbotten den femte lägsta och Göteborg den sjunde lägsta letaliteten [1]. För kvinnor intar Norr- och Västerbotten position 3 och Göteborg position 5 bland de 38 befolkningarna [1, 2].

Slaganfall har registrerats i 18 av MONICA-populationerna. Norr- och Västerbotten har den allra lägsta letaliteten bland män och den näst lägsta bland kvinnor. Göteborg intar placer-

ingarna 4 respektive 5 [2, 3].

Letaliteten i hjärtinfarkt är avsevärt lägre i Sverige än i Stanford, USA, en annan MONICA-befolkning [1]. Detta kan ses i ljuset av den stora skillnaden i sjukvårdskostnader mellan Sverige och USA. Enligt OECD-statistik spenderade svensken år 1994 i genomsnitt 1 348 dollar på sjukvård, amerikanen 3 498 dollar [4]. På motsvarande sätt har Australien, Frankrike, Italien, Schweiz och Tyskland (alla med i MONICA-jämförelserna) avsevärt högre kostnader för sin sjukvård än vad Sverige har [4].

Trots knappa resurser

Jämförelser som dessa visar att, åtminstone inom områden som är tillgängliga för detaljgranskning, så håller svensk sjukvård god kvalitet trots knappa resurser – i ett internationellt perspektiv är vår sjukvård effektiv. Det finns inget underlag för de svepande påståenden om dålig effektivitet som våra fackliga företrädare sprider.

Att reagera på fördomar om svensk sjukvård och att ifrågasätta om nya storskaliga organisatoriska experiment är vad svensk sjukvård bäst behöver idag är inte liktydigt med att tycka att allt är gott och väl med vår sjukvård. I stora delar kan jag instämma i hur Leth, Milton, Fernvall & Co beskriver bristerna i svensk sjukvård (däremot är det svårare att ta till sig Arnljots utfall).

Svepande och motsägande

Ett av problemen med DN-artikeln var ändå att den innehöll så många svepande och motsägande påståenden och idéer. Nu krävs åtminstone två saker.

För det första behövs konkretise-

ringar – då skulle debatten kunna bli mer konstruktiv. Hur ser den modell ut som DN-debattörerna önskar genomföra? Hur kan man bäst förena deras mål att den svenska sjukvården skall fortsätta att vara offentligt finansierad och demokratiskt förankrad med rubrikens motto »Låt marknaden ta över sjukvården», vilket skulle gälla såväl dess finansiering – »utveckla en kvalificerad upphandlande försäkringsorganisation» – som dess produktion genom privata vårdgivare?

För det andra behövs ingående analyser av de förändringar av sjukvårdssystemen som redan prövats. Vad har de lärt oss? Har vi rentav något att lära av utvecklingen i de kommuner/landsting som mest intensivt ägnat sig åt att skapa nya styrformer och där man har den mest utbyggda privatvården, dvs Stockholm och Malmö? Förhoppningen är ju att de storskaliga omorganisationerna skall ge bättre kostnadseffektivitet i vården. Det vetenskapliga stödet för dessa förhoppningar är bräckligt, minst sagt [5].

Kanske vi ska fråga oss: Har alltför mycket av vår energi ägnats åt vårdens yttre former, alltför litet åt att utveckla dess patientnära innehåll? Är det måhända just där, nära patienten, inte i de storskaliga administrativa systemen, vi bör börja när vi vill skapa framtidens svenska sjukvård?

Kjell Asplund

professor, överläkare,
Norrlands universitetssjukhus,
Umeå

Referenser

1. WHO MONICA Project, prepared by Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM, Pajak A. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. *Circulation* 1994; 90: 583-612.
2. Asplund K. Så talar MONICA. WHO:s kartläggning av hjärt-kärlsjukdomar i 26 länder visar stora skillnader. *Läkartidningen* 1995; 92: 1073-6.
3. WHO MONICA Project, prepared by Thorvaldsen P, Asplund K, Kuulasmaa K, Rajakangas AM, Schroll M. Stroke incidence, case fatality, and mortality in the WHO MONICA Project. *Stroke* 1995; 26: 361-7.
4. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1997. Socialstyrelsen: Stockholm 1997: 253.
5. Ferlie E. Large-scale organizational and managerial change in health care: a review of the literature. *J Health Serv Res* 1997; 2:

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.