

Vision om ett nytt sjukvårdssystem:

Med vårdcheck kan medborgarna själva välja sin sjukvård

Mycket fungerar bra i svensk sjukvård! På många ställen finns skicklig och engagerad personal, tacksamma och nöjda patienter, utveckling, nytänkande, framsteg och framtidstro. Diagnostik och behandlingsmetoder utvecklas snabbt.

LARS BOIJSEN

fil kand, creative director, Ogilvy Group

ERIK BJÖRN-RASMUSSEN

docent, VD Tankebyggarna AB

BJÖRN BRAGÉE

läkare, VD Ronden/Läkarnätet AB

PATRIK ENGELLAU

författare, ordförande i Den Nya Välfärden, ledamot av Teknisk framsyn (panel 1, Hälsa, vård och medicin;

HÅKAN ERIKSSON

professor, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet

JAN HOLMGREN

professor, institutionen för medicinsk mikrobiologi och immunologi, Göteborgs universitet, ledamot av Teknisk framsyn (panel 1, Hälsa, vård och medicin)

OLLE ISAKSSON

professor, överläkare, medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, ledamot av Teknisk framsyn (panel 1, Hälsa, vård och medicin)

EWA STÄLLDAL

VD Vårdalstiftelsen, ledamot av Teknisk framsyn (panel 1, Hälsa, vård och medicin)

Korrespondens:

hakan.eriksson@kbh.ki.se

■ Mer än hälften av de barn som numera behandlas för leukemi blir friska. Med magnetkameror kan diagnoser ställas med större precision. Nya, effektiva läkemedel, till exempel mot magsår, astma och depressioner, höjer patienternas livskvalitet.

Vårdmetoderna förbättras ständigt, till exempel vad gäller bemötandet och omhändertagandet av patienter före och efter operationer. Med hjälp av gentest kan sjukdomar förutses och förebyggas. Det finns kort sagt mycket att vara glad och stolt över i dagens sjukvård.

Avsikten är inte att svartmåla

Vi pekar på vårdens ljusa sida för att inte bli anklagade för att enbart svartmåla. Vi

har ingen anledning att svartmåla. Vi tycker till och med att bilden av vården som media presenterar ofta är felaktig och missvisande.

Vad som bekymrar oss är inte allt skulle vara dåligt redan idag, utan att, enligt vår mening, tillgången på vård snabbt håller på att försämrans, i varje fall för de svenskar som saknar sådana personliga kontakter eller ekonomiska resurser som kan säkerställa vård på en nivå som patienten anser att hon/han har behov av.

Vi oroar oss inte för dem som har det bra ställt. Det kommer alltid att finnas vård i världsklass för dessa. Vi oroar oss för de återstående 50–60 procenten som inte har råd att teckna privata försäkringar för att få adekvat vård.

Dagens system i en återvändsgränd

Omständigheterna håller på att leda in svensk hälso- och sjukvård i en återvändsgränd. Ett antal obevekliga faktorer samverkar till att ha gjort den gamla solidariska landstingsmodellen föråldrad och inte längre användbar i dagens samhälle.

Det grundläggande problemet är att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar samtidigt som landstingen, kommunerna och de övriga inblandade organisationerna får mindre pengar att röra sig med.

Samtidigt blir glappet mellan vad som är medicinskt möjligt och vad vården kommer att kunna erbjuda allt större, och det snabbt.

Enligt vår bedömning är det bara några få år kvar till dess att systemet inte längre klarar den enskildes grundläggande behov av vård. Om inget görs kommer solidariteten att försvinna och bara landstingssystemet att finnas kvar. Låt oss beskriva den utveckling vi ser framför oss mer i detalj.

Fyra kostnadsdrivande faktorer

Fyra faktorer kommer framöver att driva upp sjukvårdskostnaderna: personal-

kostnaderna, patientmentaliteten, den tekniska utvecklingen och demografin.

Personalen

• Läkarna, sjuksköterskorna och den övriga nyckelpersonalen, det så kallade humankapitalet, blir alltmer en bristvara. Trenden att låta sig anlitas av landstinget via bemanningsföretag kommer med all sannolikhet att fortsätta. Varför skulle någon läkare fortsätta som landstingsanställd om hon kan förbättra sina villkor genom att byta arbetsgivare?

Dessutom kan lockande erbjudanden komma från andra länder. Man måste räkna med en internationalisering av löneläget för sjukvårdspersonalen och därav följande kostnadsökningar för sjukvården.

Patienterna

• En ny attityd håller på att slå igenom bland patienterna. De har betydligt större kunskaper än tidigare och kräver inflytande över sin behandling. Tidigare accepterade patienterna allt läkarna sade, men så är det inte längre.

Dagens patienter har ofta »läst på« om sin sjukdom på Internet och funnit ut var den bästa vården går att finna. Om läkaren föreslår det egna landstingets resurser vill patienterna – eller deras anhöriga – inte alltid acceptera lösningen. Lä-

Omständigheterna håller på att leda in svensk hälso- och sjukvård i en återvändsgränd. Ett antal obevekliga faktorer samverkar till att ha gjort den gamla solidariska landstingsmodellen föråldrad och inte längre användbar i dagens samhälle.

karna blir klämda mellan patienternas önskemål och politikernas direktiv.

Tekniken

• Den tekniska utvecklingen inom medicinen ställer alltmer avancerade och dyrbara behandlingsmetoder till förfogande. Ju bättre informerade patienterna är, desto svårare blir det för vårdssystemet att säga nej till de nya vårdalternativen med hänvisning till landstingens ekonomi.

Även läkemedelskostnader ökar dramatiskt. Bara under det senaste året har ökningen legat runt 30 procent. Redan idag förekommer det att landstingen underlåter att köpa effektiva, men dyrbara mediciner, exempelvis till reumatiker, för att i stället låta patienterna förtidspensioneras. Detta blir kanske inte billigare för samhället som helhet, men väl för det enskilda landstinget då det drabbar en annan finanssär.

Demografin

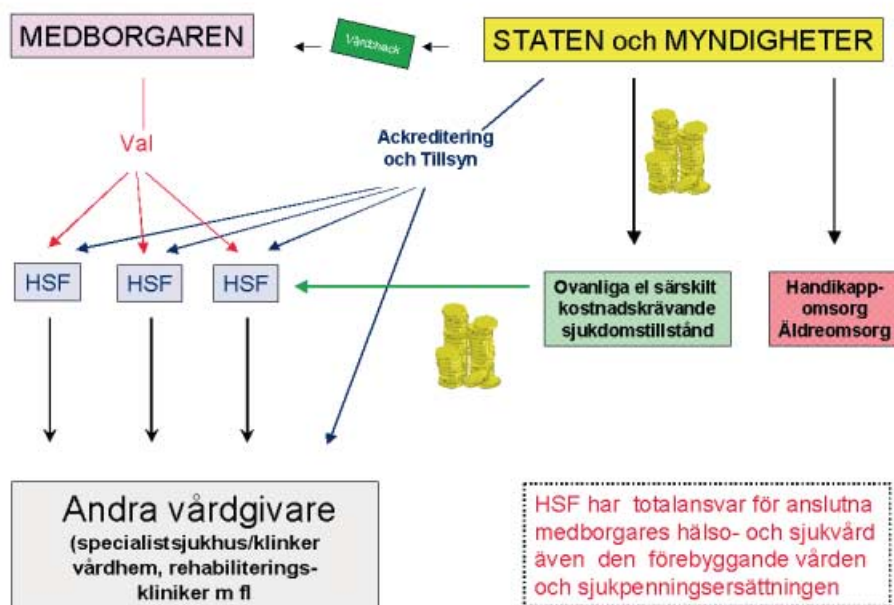
• Den demografiska utvecklingen medför ökade sjukvårdskostnader. Dels ökar andelen äldre, och därmed mer sjukvårdskrävande, medborgare. Dels lever människor till allt högre ålder, vilket troligen kommer ställa nya krav på sjukvården. Ett påtagligt exempel är att vissa ingrepp, till exempel bypassoperationer, som tidigare endast utfördes på yngre patienter, idag genomförs långt upp i åldrarna.

Ett annat centralt problem hänger också ihop med demografin. Andelen yrkesarbetande av den totala befolkningen minskar i takt med att fler blir äldre. Den andel av befolkningen som ska försörja den andra blir mindre. Sjukvårdssystemet kommer troligen att ha mindre pengar för att tillfredsställa ökande krav.

Det traditionella landstinget omodernt

Till detta kommer att utvecklingen inom medicin och teknik gjort det traditionella landstinget omodernt. Landstingssystemet inrättades för att befolkningen, oavsett geografisk hemvist, skulle kunna erbjudas lätt tillgänglig hälso- och sjukvård av högsta kvalitet på likvärdiga villkor. Varje landsting skulle inom sin egen organisation ha en full uppsättning medicinsk kompetens och teknisk utrustning.

Men den tekniska utvecklingen inom medicinen, framför allt kanske inom immunologi, genetik, molekylärbiologi



Figur 1. Schematisk beskrivning av förslaget till nytt hälso- och sjukvårdssystem.

samt bildbehandling, har gjort föreställningen om det självförsörjande landstinget helt omöjlig. Till exempel har utvecklingen lett till en alltmer uttalad medicinsk subspecialisering.

År 1920 fanns inom ett komplett sjukvårdssystem runt 12 specialiteter, år 1980 hade antalet ökat till 400 specialiteter, och idag närmare 2 000 stycken. Det är därför omöjligt att hålla kvar vid den gamla tanken på att varje landsting ska vara en komplett vårdapparat.

Skydd för en föråldrad sjukvårdsapparat

Den dramatiska situationen blir alltmer uppenbar, även för de sjukvårdsansvariga politikerna. Mer och mer desperata idéer om hur problemen ska lösas börjar cirkulera.

En linje är olika förbud, till exempel mot att driva akutsjukhus med vinstintresse, samt att förhindra uppkomsten av försäkringssystem varigenom människor med egna pengar skulle kunna köpa sig den vård landstinget inte levererar.

En annan idé är förbud för landstingen att anlita inhyrd personal. En tredje tanke är att stifta lag om att medicinsk personal ska tvångstjänstgöra under ett antal år inom den offentliga vården. Egentligen är detta bara försök att skydda en föråldrad sjukvårdsapparat.

Stockholmsmodellen otillräcklig

De entreprenad- och privatiseringsinitiativ som genomförs i Stockholm är, vad vi kan förstå, ingen lösning. Med entreprenader kan man, i bästa fall, få ned kostnaden för den upphandlade tjänsten. Det må vara lovvärt, men om vår analys

av problemet är korrekt erbjuder Stockholmsmodellen ingen bot på de grundläggande problemen.

Med entreprenaderna kommer man till exempel ingen vart med de skillnader som föreligger mellan olika landsting, ej heller med den bristande samordningen mellan de olika budgetsystemen, eller med de nya patienternas krav på inflytande.

Och trots påståenden om motsatsen blir det inte mycket av valfrihet och patientmakt. Visserligen kan en patient välja till exempel vårdcentral, men eftersom alla vårdgivare med entreprenadavtal är styrda av landstinget levererar de i princip samma sak.

Solidariska sjukvården kan räddas

Hälso- och sjukvården kostar omkring 250 miljarder kronor om året. I stället för att dessa pengar ska användas – utan samordning – av ett antal olika »vårdaktörer« bör de läggas i en enda pott. Därefter bör de gemensamma pengarna fördelas solidariskt på varje medborgare. Den individuella pengan – eller vårdchecken – differentieras efter ålder och kön eftersom sjukdomsbilden varierar över åldrarna och är olika för kvinnor och män.

Den modell för ett nytt hälso- och sjukvårdssystem som vi föreslår presenteras schematiskt i Figur 1.

Vårdchecken berättigar medborgaren till fri sjukvård i det hälso- och sjukvårdsföretag (HSF) hon själv väljer. Om hon inte väljer är hon automatiskt inskriven i landstinget, som ombildas till ett offentligt HSF. (Man kan jämföra med

pensionen. Den som inte själv väljer en fond får sina pengar förvaltade av sjunde AP-fonden.)

Behov av olika mycket vård

Olika medborgare behöver olika mycket hälso- och sjukvård. En del patienter är lönsamma för HSF, andra inte. Det är ungefär som försäkringar. Alla försäkringstagare betalar samma premie, och en del är lönsamma för försäkringsbolaget, andra inte. Det viktiga är att HSF inte ska ha rätt att plocka russionen ur kassan genom att vägra att ta emot en patient som kan förväntas kosta mer än andra.

HSF kan ha offentlig eller privat huvudman och verka inom hela landet eller regionalt eller lokalt. HSF ska godkännas av staten. HSF ska ha ett totalansvar för anslutna medborgares hälsa och sjukvård samt för medborgarnas grundtrygghet vid sjukdom och arbetsskada.

Varje företag bestämmer självt hur stor del av vårdansvaret som företaget ska erbjuda i egen regi och hur stor del som ska upphandlas från annan vårdgivare, till exempel specialistsjukhus inom eller utom Sverige, eller från något annat HSF.

Hjärtkirurgin som underleverantör

Tanken är alltså att det ska förekomma både HSF som har ansvaret för inskrivna medborgares hälsa, och fristående specialister/specialistkliniker som fungerar som underleverantörer till HSF.

Man kan till exempel tänka sig att hjärtkirurgin på Sahlgrenska sjukhuset blir en specialistenhet som säljer sina tjänster till ett antal HSF (och till resten av världen). På det viset står spetskompetens till förfogande för alla HSF och därmed för alla medborgare. Även fristående privatpraktiserande läkare kan fungera som underleverantörer till HSF.

Vid läkarbesök, sjukhusbesök och inköp av förskrivna läkemedel ska medborgarna betala egenavgifter. För sådana avgifter gäller ett gemensamt högkostnadsskydd. Högsta avgift och lägsta högkostnadsskydd bestäms av staten.

Får betala själv för vård hos annat HSF

Medborgaren kan fritt vända sig till vilken läkare eller vilket sjukhus som helst. Men om hon går till någon annan än sitt HSF – utan att ha begärt tillstånd därifrån – riskerar hon att själv få stå för kostnaderna.

Det är ungefär som skolpengen. Man får all undervisning i den skola man valt. Man kan inte ta undervisningen i engelska någon annanstans och räkna med att den valda skolan ska betala. Däremot kan man byta skola. På motsvarande sätt kan man byta HSF.

Det sagda gäller emellertid inte akutfall. I akutsituationer kan medborgaren utan kostnadskonsekvenser för egen del vända sig direkt till närmaste vårdgivare.

Landstingens ansvar avvecklas

Landstingens (och några kommuners) sjukvårdsansvar avvecklas (annat än för medborgare som aktivt valt landstinget som sitt HSF, alternativt inte gjort något val alls). Sjukvårdens nuvarande landstingsägda tillgångar kan säljas eller hyras ut till HSF eller annan sjukvårdsleverantör.

Staten ska liksom nu ha ansvaret för den medicinska forskningen och den grundläggande medicinska utbildningen, det vill säga de grundläggande faktorerna för kvalitet i vården. HSF och specialistsjukhus förutsätts medverka i utbildningen och forskningen på grundval av avtal med staten.

Kvalitetssäkring och kvalitetskontroll i övrigt ska i första hand åligga HSF själva. Men staten ska också utöva noggrann kontroll genom en för ändamålet särskilt inrättad myndighet. Denna myndighet ska också bestämma omfattningen av HSFs generella vårdansvar (alltså exakt vilken typ av vård den inskrivna medborgaren har rätt till), fastställa och publicera kvalitetskriterier för sjukvården, behandla allmänhetens klagomål mot HSF samt förhandla med HSF och specialistsjukhus om deras medverkan i utbildning och forskning.

Solidariteten säkerställs

Den första och största fördelen med Ny Solidarisk Sjukvård är att solidariteten säkerställs. Alla medborgare får samma rätt till sjukvård oberoende av bostadsort och privatekonomi.

Idag får astmatiker i vissa landsting gratis immunterapi (hyposensibilisering) medan astmatiker bosatta inom andra landsting antingen får betala för terapin eller också inte kan få någon alls.

Med Ny Solidarisk Sjukvård får alla medborgare samma rättigheter. Om immunterapin ingår i rättigheterna får en astmatiker statens maktmedel till sin hjälp om astmatikerns HSF skulle krångla. Dessutom skulle ett krånglande HSF troligen få schavottera i pressen och förlora kunder. Men detta är långt ifrån den enda fördelen med Ny Solidarisk Sjukvård. Här följer en beskrivning av några andra fördelar.

Patientmakt

• Patientmakt. Patienterna får två typer av rättighet som inte finns idag, dels en juridisk, dels en marknadsmässig. Båda är viktiga.

Dagens rättigheter är inte mycket till rättigheter eftersom de kan äventyras av

sådant som ett enskilt landstings ekonomi. Den patient som förvägras någon viss typ av vård av sitt landsting har i praktiken inga rättigheter.

I Ny Solidarisk Sjukvård blir det anorlunda. Om ett HSF inte levererar enligt sina skyldigheter kan den förfördelade patienten utkräva rättelse av domstol och på så vis mobilisera hela rättsmaskineriet på sin sida. I Ny Solidarisk Sjukvård kan staten, till skillnad från idag, hålla sig neutral eftersom den eventuellt felande parten inte är staten själv eller någon närstående intressent, utan ett fristående HSF.

Patienten kan byta leverantör

• Den andra nya patienträttigheten är minst lika kraftfull fast den verkar på ett helt annat sätt. I Ny Solidarisk Sjukvård kan patienten, till skillnad från idag, byta leverantör. Sjukvårdsproducenten har inte längre monopol. Ett HSF har inga andra kunder än sådana som frivilligt skrivit in sig. (Observera att de till HSF ombildade landstingen utgör ett specialfall. Där finns även de patienter inskrivna som inte gjort ett aktivt val.) Ett HSF som får dåligt rykte förlorar sina kunder.

• Incitament till att förebygga ohälsa. Det system vi skisserar ger starka incitament till att hålla människor friska i stället för att vårda dem när de blivit sjuka. Genom att satsa på förebyggande vård och tidig rehabilitering kan ett HSF omfördela kostnader och spara både resurser och mänskligt lidande.

Sjukvård på export

• Ny möjlig exportbransch. Praktiskt taget alla gamla industriländer har problem med sjukvården, och problemen har normalt att göra med sjukvårdens organisation. Ny Solidarisk Sjukvård representerar en innovation. Om Sverige utvecklar ett helt nytt, välfungerande sjukvårdssystem kan detta bli en internationell förebild. För de svenska företag och landsting som lärt sig att arbeta med detta system ligger världen öppen. Vad Microsoft, Intel, Cisco och Compaq gjort för IT-branschen kan nya svenska HSF göra för världens hälso- och sjukvård.

• Kvalitet. Där det finns konkurrens om kundernas val finns det utvärderingar. Med Ny Solidarisk Sjukvård kan patienterna välja. Tidningar, tidskrifter, webbplatser och andra kommer att plocka fram fakta om vad de olika HSF levererar och hur de håller kvaliteten etc. I Ny Solidarisk Sjukvård, till skillnad från idag, blir kvaliteten ett konkurrens- och överlevnadsmedel.

Men det är inte bara privata aktörer som kvalitetskontrollerar HSF. Även staten har en betydelsefull kontrollfunkt-



Annons

Annons

Annons

Annons

tion. I Ny Solidarisk Sjukvård är staten, till skillnad från idag, helt oberoende av producenterna och kan därför utöva sin kontroll med hårdhandskarna på.

Landstingen får visa vad de går för

- Landstingen får en hygglig chans. Idag finns både bra och dåliga landsting, och framför allt bra och dåliga enheter inom varje landsting. Det orättvisa är att det som är bra i dagens system får lida för det som är dåligt. I Ny Solidarisk Sjukvård får landstingen en rättvis chans att visa vad de går för. Bra landsting kommer att klara sig bra i konkurrensen, dåliga landsting får det svårare. Men varför skulle vi ha kvar dåliga landsting?

- Observera att Ny Solidarisk Sjukvård inte handlar om att eliminera landstingen. Ny Solidarisk Sjukvård bygger inte på någon föreställning om att privat är bättre än offentligt. Ny Solidarisk Sjukvård bygger på övertygelsen om att konkurrens är bra. Offentliga aktörer som i fri tävlan om patienternas val klarar sig bra ska naturligtvis ha samma chanser som privata aktörer. I sista hand är det patienterna som gynnas.

Bättre arbetsvillkor för personalen

- Arbetsvillkoren. Det är inte bara patienterna som gynnas av konkurrens, utan även personalen inom vården. Idag har sjukvårdspersonalen egentligen bara en möjlig arbetsgivare (om vi bortser från nödlösningen med bemanningsföretag). Där det bara finns en möjlig köpare har säljarna inte så mycket att säga till om. I Ny Solidarisk Sjukvård, däremot, måste arbetsgivarna inte bara anstränga sig för att få kunder, utan också för att få medarbetarna att trivas. •

Fotnot: Teknisk Framsyn är ett nationellt projekt om hur samspelet mellan tekniska, ekonomiska, institutionella och sociala processer bäst kan främjas på lång sikt. Det initierades av Industriförbundet och IVA (Ingenjörsvetenskapsakademien). Inom Teknisk Framsyn har 130 akademiker, företagare, forskare och andra identifierat Sveriges svagheter och styrkor inom åtta olika teknikområden. Blicken är riktad mot år 2020. Teknisk Framsyn talar om vad som *kan* komma att hända. Ambitionen är att planera *för* framtiden. Ytterligare information och samtliga rapporter finns på www.tekniskframsyn.nu.

Whiplashskador har entydig organisk grund

Skaderegleringskonsulten Kjell Illerström har i Läkartidningen 21/01 (sidorna 2643-6) aktualiserat synpunkter om de whiplashskadades förhållanden, där han gör gällande att »om försäkringsbolagen lyssnade mindre på fiffiga ombud och välmenande läkare« skulle whiplashskadeökningen klinga av. Hans motiv för detta grundar sig på värderingar och kunskaper som numera är förlegade, men då hans uppfattning ibland finner stöd i läkarkåren kan det vara skäl att informera om nya forskningserfarenheter. Dessa talar entydigt för att skadan har en organisk och inte psykologisk grund.

BENGT H JOHANSSON

leg läkare, Belastningsskadecentrum, Umeå
drbengt@algonet.se

II Whiplashskada är en uppkomstmekanism där en eller flera strukturer i nackens skadas. Den framstående australiensiske anatomen Taylor beskrev 1993 [1] att den kliniska bilden kan delas upp i symtom som dels härleds till skador i nackens övre segment, dels till dess nedre. Den övre symtombilden karaktäriseras, förutom av nacksmärta, av bl a yrsel, tinnitus, synproblem och koncentrationsproblem, under det att den nedre kännetecknas av värk som strålar ut i armar och händer. Dessutom förekommer blandformer mellan dessa.

Skador i nackens disk

Taylor och medarbetare hade redan tidigare [2] påvisat att vid whiplashskador uppstår skador i nackens disk så att dessa slits loss från angränsande kotkropp (»rim lesion«), varvid diskernas nutrition försämras och disken genomgår en för tidig degeneration. Det har även visats att dessa skador har tendens att inte läka ut, utan övergår i ett kroniskt tillstånd.

Vid obduktion av trafikskadade har även påvisats att det föreligger skador särskilt i atlanto-occipitalleden samt blödningar runt C 2-nerven [3] liksom blödningar i dorsaltrotsganglier [4].

Bland andra skadade strukturer som har klinisk relevans har Jönsson och medarbetare [5] visat att det vid whiplashskador ofta förekommer små frakturer i facettlederna, men att dessa även under bästa gynnsamma förhållanden, inte syns på röntgen. Att dessa skador är av stor klinisk betydelse framkommer av att smärtbehandling med »radiofrequency neurotomy« gav smärtfrihet i 71

procent hos en studerad grupp [6]. Skada i facettleder är således en mycket vanlig orsak till smärta vid whiplashskada.

Ligamenten och stabiliteten

Det är tidigare väl känt att instabila förhållanden i nackens övre segment är förknippade med yrsel, tinnitus samt olika former av synbesvär och balansrubbnings. Dvorak och medarbetare [7] studerade transversum- och alare-ligamentens betydelse för stabiliteten i ledsegmenten mellan atlas och axis. De fann därvid att ligamenten har avgörande betydelse.

I kliniska studier har Volle och medarbetare senare genom funktionell MRI funnit att rupturer av dessa ligament är vanliga hos whiplashskadade med svåra symtom [8]. Dessa patienter har haft mycket stor nytta av stabiliserande operation av dessa segment.

Oculomotortest är en undersökning

Den omfattande, moderna litteraturen inom whiplashskadeområdet klargör att skadan har organisk orsak, och att psykologiska faktorer som orsak till besvären numera inte står i överensstämmelse med vetenskapliga rön.