

KJELL-OLOF FELDT



Vad hjälper prioriteringslistor om personalen flyr vården?

Kjell-Olof Feldt, medicine doktor h c, är författare, debattör och f d finansminister.

Den svenska sjukvården befinner sig som vanligt i kris. Orsakerna är flera och innehåller dessutom ett antal paradoxer.

Sverige är, och har länge varit, det land i världen som har flest läkare per invånare. Detsamma tror jag också gäller annan sjukvårdsutbildad personal. Vi har också, i varje fall enligt Socialstyrelsen, ett utbud av specialistvård i världsklass. Men väntetiderna är ofta långa, framför allt beroende på platsbrist i den slutna vården och en anmärkningsvärt låg kapitalproduktivitet, dvs tidsmässigt sett dåligt utnyttjande av utrustning och tillgänglig teknik.

Primärvården är svårt underbemannad med utpräglad läkarbrist, särskilt utanför storstadsområdena och universitetsorterna. Det betyder att trycket på sjukhusens akutmottagningar är hårdare än vad man klarar av. Samtidigt finns det alltför många små sjukhus som inte klarar en fullgod specialistvård men som ändå står kvar av regionalpolitiska skäl.

Ett annat problem är att ansvaret för en stor del av sjukvården när det gäller de äldre, särskilt demensvården, ligger på kommunerna. Men kommunerna har inte tillräcklig vårdkompetens, bl a får de inte anställa läkare. Dessutom lider äldre vården av allmän personalbrist. Anhöriga svarar för en betydande del inte bara av äldreomsorgen utan också av vården av sjuka gamla människor. Många tror inte att detta kommer att kunna fortsätta i längden.

Staten har tillfört ett tredje problem genom att slå fast patientens ovillkorliga rätt att välja vårdgivare, kräva »second opinion« för diagnos och behandling av allvarligare sjukdomar m m. Det kan betyda att pengar måste flyttas mellan landsting, överkapacitet uppstår på ett ställe, resursbrist på ett annat.

Nya huvudmän för sjukvården löser inte sjukvårdskrisen. Mig förefaller det som om förklaringen till att vi har världens bästa (?) specialistvård samtidigt som primärvården och akutmottagningarna

»går på knäna« – och tillståndet i kommunernas äldrevård utsätts för växande kritik – är att specialistvården dragit till sig en så stor del av resurserna att andra vårdformer blivit underförsörjda i förhållande till behoven, eller i varje fall till efterfrågan.

Om detta stämmer är vi på sätt och vis tillbaka i den situation som sjukvårdspolitikern befann sig i för 30

Man behöver inte vara övermåttan skarpsynt för att begripa varför läkare och annan vårdpersonal överger kaoset på sjukhusens akutmottagningar, överbelastade vårdcentraler eller slitet i långvården.

år sedan. Ska man försöka bromsa den medicinskt tekniska utvecklingen genom att strypa resursflödet till specialistvården, eller ska man försöka lösa problemen genom att på nytt öka sjukvårdens totala resurser?

Den första handlingslinjen är säkerligen lika omöjlig nu som då. Den andra linjen är antagligen inte så förhållandevis enkel som att det bara handlar om mer pengar. (Förutsatt att man hittar dessa pengar någonstans och att man accepterar att det mesta måste gå till storstadsområdena.) Avgörande för om sjukvårdspolitikern kan komma närmare sitt mål – allas rätt till (en god) vård – blir att de nya resurserna hamnar där behoven är störst. Och som det ser ut idag borde det vara i primärvården, i sjukhusens mottagningar och allmänna medicinska, kirurgiska och

psykiatriska avdelningar samt i kommunernas äldrevård.

Frågan är då om sjukvårdspolitikern förfogar över styrmedel och/eller incitamentsstrukturer som gör att inte bara pengarna utan också vårdens personal söker sig dit? Rimligen är svaret nej. I annat fall borde de rådande obalanserna i vårdens resurstillgång inte vara så stora. De för politiken ansvariga säger sig också inse hur stort gapet mellan resurser och behov blivit på vissa områden. Det upprättas därför nationella handlingsplaner, vårdgarantier utlovas, staten knyter allt fler villkor till sina bidrag i kontrakt med sjukvårdshuvudmännen. För någon tid sedan beslöt riksdagen att tillgång till vård skulle beredas befolkningen enligt ett prioriteringssystem för ett stort antal behandlingar.

Men vad hjälper det att göra prioriteringslistor eller att utfärda vårdgarantier om de som ska göra jobbet, dvs sjukvårdens personal, söker sig till andra områden än de prioriterade eller helt enkelt bara bort från vården? Man behöver inte vara övermåttan skarpsynt för att begripa varför läkare och annan vårdpersonal överger kaoset på sjukhusens akutmottagningar, överbelastade vårdcentraler eller slitet i långvården.

Vad sjukvårdspolitikern skulle behöva är en nationell handlingsplan för att skapa starkare incitament för människor att vilja arbeta inom sådana områden. Med incitament brukar man mena sådant som löner, arbetsförhållanden, karriärmöjligheter och andra vardagliga ting som gör ett jobb värdefullt och attraktivt för individen. Och om fler privata aktörer behövs för att detta ska inträffa – släpp då fram dem.

Det gäller ju inte bara att hejda »flykten från vården«. Under de närmaste åren ska hundratusentals unga människor övertygas om att det är värt att satsa på utbildning och arbete i svensk sjukvård och äldreomsorg. Det borde vara sjukvårdspolitikens huvuduppgift att se till att denna övertygelse infinner sig.

Kjell-Olof Feldt