

# Lika vård för alla?

**K**larar dagens sjukvårdsorganisation med 18 landsting, två regioner och en kommun – med varierande kompetens och skatteunderlag – av att ge alla boende i Sverige en rättvis och optimal sjukvård?

Frågan ställdes nyligen i en debattartikel i Dagens Nyheter av tre ledande läkare vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå. De tre oroades starkt av vad de som företrädare för högspecialiserad



Uno Käärik  
ledarredaktör

vård upplevt vid kontakter med remitterande landsting i regionen.

Erfarenheten var att kliniker med dålig ekonomi och sparbeting ogärna remitterade svårt sjuka patienter till mer specialiserad (och dyrare) vård.

**De tre debattörerna** pekade också på de stora metodskillnader som finns mellan olika landsdelar vid behandlingen av exempelvis bröst-, prostata och tarmcancer. Deras slutsats var att det är uppenbart att ekonomiska hänsyn spelar en stor roll vid valet av behandling.

Inte bara bostadsort spelar roll för vilken vård en patient kan räkna med. Även den egna ekonomin får allt större betydelse för möjligheterna att tillgodogöra sig den behandling som erbjuds, konstaterade Umeåläkarna. Ett tydligt exempel är att allt fler inte anser sig ha råd att hämta ut ordinerade läkemedel.

»Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen«, heter det i Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. Det börjar dock för alltför bli alltmer uppenbart att dagens system inte lever upp till denna grundläggande princip – trots allas bekännelse till den.

**Vård på lika villkor** är utgångspunkten även för Läkarförbundets sjukvårdspolitiska program. Där görs klart att en förutsättning är att sjukvården finansieras solidariskt av landets alla invånare. Därmed borde – som en logisk följd – dessa invånare kunna ställa krav på en solidariskt utformad vårdorganisation.

Det är i hög grad där som det brister

idag. Trots ekonomiska utjämningsystem leder varierande skattekraft i olika delar av landet till att resurserna för vård varierar avsevärt från landsting till landsting – och därmed även vårdens innehåll och tillgänglighet.

Det borde vara dags att inse och medge att sjukvård i grund och botten bör vara en nationell angelägenhet. Med en lika skattesats för alla invånare destinerad till vården och kanaliserad via staten bör dagens geografiska skillnader och orättvisor kunna utjämnas.

**Med detta som grund** krävs emellertid även en lång rad andra åtgärder för att stöpa om sjukvårdssystemet med målet att förbättra tillgänglighet, kvalitet, resursanvändning och god organisation. En viktig reform är då att skilja finansiering och produktion.

Med skilda beställar- och utförarfunktioner kan man förena behovet av offentlig kontroll med de effektivitetsfördelar som en konkurrensutsatt marknad kan erbjuda. Även de vårdanställdas arbetsmarknad och arbetsmiljö kan utvecklas och förbättras i ett sådant decentraliserat system.

I det sjukvårdspolitiska programmet behandlas också en mängd andra organisatoriska förändringar av sjukvårdstrukturen av betydelse för tillgängligheten och kontinuiteten i vårdkedjan. Allt detta har faktiskt en bäring på hur väl man ska kunna uppfylla Hälso- och sjukvårdslagens intentioner.

**Den enskilt kanske viktigaste reformen** för att uppnå vård på lika villkor för alla är att få till stånd en väl fungerande primärvård. Jämförande studier har visat att de länder som har »general practitioners« som bas i sjukvården också bäst uppfyller kraven på en jämlik vård för sina medborgare.

Läkarförbundet arbetar för att införa ett familjeläkarsystem som bas. Men vi vet att systemet kan fungera än bättre om också andra professioner – psykologer, dietister, kuratorer m fl – finns i bas-sjukvården. Med tillgång även till andra läkarspecialister i den »nära« vården kan vi erbjuda en modell för patientens grundläggande vårdbehov. Detta kan bli insteg till ett system där begreppet »lika vård för alla« inte bara är ett honnörsord i politiska tal. •

## Danmark en förebild

»Det lärande systemet« kallar danskarna sin nya modell för att hantera avvikelser inom vården – ett system som ska uppmuntra till rapportering men som inte är kopplat till sanktioner. LTs ledare om patientsäkerhet i nr 34/2005 nämnde modellen – i veckans nummer kan ni läsa ett utförligare reportage (sidan 2540).

Den nya danska lagen om patientsäkerhet trädde i kraft 1 januari 2004 och innebär en kulturförändring i synen på hur fel uppstår. Det som nu utreds efter en anmälan är inte vem som utförde ett fel utan hur det uppstod. Tyngdpunkten ligger vid att ta till vara erfarenheterna.

Vårdpersonalen är ålagd att rapportera avvikelser, men rapportören kan inte straffas. Anmälan kan till och med göras anonymt, men den möjligheten utnyttjas inte så ofta. Inte heller underlåtelse att göra anmälan leder till påföljd.

Men yrkesansvaret är trots allt inte avskaffat. Fortfarande har patienterna möjlighet att anmäla personal som gjort fel, och denna kan därmed ställas till svars.

Än har det gått för kort tid för att säkert utvärdera den danska modellen, men ett mål tycks man ha nått – att fler fel kommer till allmän kännedom. Mer tid kan behövas för att finna effektiva metoder för återföring av information.

Men nog förefaller det som om man i Danmark har hittat en modell värd att studera närmare även här. **LT**

Nyklipp



## Förrirat i Skåne

Ystads Allehanda (lib) konstaterar att det tycks råda förvirring om kompetensen vid Simrimshamns sjukhus:

»En patient som av ett sjukhus får besked om att senare besöka ett annat borde inte ha någon anledning att betvivla riktigheten i rekommendationen. Att en patient ändå tvingas besöka ett tredje sjukhus för att man på det första inte vet vad man kan göra på det andra blir då snudd på tragikomiskt.

Att sjukhuset i Simrishamn har berövat kirurgisk kompetens har ortsbefolkningen bittert kunnat konstatera tidigare.

På handkirurgen i Malmö var det tydligen en nyhet. Frågan är vad man vet på regionhuset i Kristianstad.« •