

Är det dags för en *verklig* sjukvårdsreform?

En livaktig debatt pågår för närvarande i England kring framtiden för den offentliga sjukvården, National Health Service (NHS). Kan där finnas lärdomar att dra för de professioner och patienter som ser det angeläget att även svensk sjukvård blir föremål för nytänkande?

The National Health Service i England utgör den mest socialiserade sjukvårdsorganisationen i västvärlden. Den har varit förebild för många andra länder, vilkas sjukvård i huvudsak styrs av det allmänna. Trots underbemanning och lägst budget inom EU har den engelska sjukvården visat goda resultat och kan till en del ta åt sig äran av att engelsmännen tycks ha bättre hälsa än invånarna i USA.

På senare år har, liksom i Sverige, den medicinska professionen fått allt mindre att säga till om. Politiker och managers/sjukvårdsdirektörer – som inte behöver ha medicinsk utbildning – har i allt större utsträckning bestämt de reformer i sjukvården som den medicinska utvecklingen och direktiv från EU nödvändiggjort.

I ett aktuellt reformpaket har regeringen infört »Foundation Trusts« – sammanförande av sjukvård inom ett geografiskt område till en enhet med en grupp av allmänläkare, general practitioners (GP), som bestämmer patientströmmarna till sjukhus. År 2007 beräknas antalet enheter att bli närmare 100 jämfört med de 50 som finns i dag.

Avsikten är att de medicinska besluten skall ske »from bottom-up« i stället för det »top-down«-system som hittills använts. I flödet mellan GP och sjukhus-

specialister inrättas remisscentra (»commissioning centres«), som skall fördela patienterna till lämplig sjukhus-klinik. Detta är inte den enda reform som NHS har varit utsatt för. Gwyn Bevan [1] räknar upp en lista över reformer de senaste åren:

Hälsovårdsdepartementet har omorganiserats tre gånger; den regionala strukturen av NHS och inköpsorganisationen fyra gånger; sammanslagningar av akutsjukvårdsorganisationer och omorganisation av mentalsjukvården har skett flera gånger, och inspectorates – kontrollorgan – har inrättats, utvidgats, avskaffats och slagits samman (ett sådant inspectorate fanns i endast 17 dagar).

En organisation där pengarna skulle följa patienten inrättades 1991; den avskaffades 1997 och återinfördes från

2006 efter fem års interregnum. Under detta mellanspel hade NHS ett belöningsssystem som påminde om vad som fanns i Sovjetunionen med bestraffningar och belöningar.

De kontinuerliga förändringarna av NHS har lett till finansiella underskott, låg produktivitet och ökande cynism inom läkarkåren. Varje innovation har haft en halveringstid på två till tre år innan den utan att utvärderas antingen försvunnit helt eller ersatts med något annat.

Läkarna, både i primärvård och på sjukhus, har å andra sidan efter hårda förhandlingar fått en betydande höjning av ersättningen för sitt arbete, i storleksordningen 30 procent. Ersättning kallas det, eftersom läkarna inte är lönearbetare utan kontraktsanställda, till skillnad från svenska läkare.

För några år sedan lovade premiärminister Tony Blair att anslagen till sjukvården skulle ökas till att motsvara vad andra länder i EU lägger ned på sjukvården, i förhållande till BNP. Trots stor skepsis i början har detta påbörjats med stora anslagsförstärkningar. Det har skett i samband med det reformpaket som successivt kommer att ändra mycket av vad som varit invariant för både sjukvårdsarbetare och patienter.

Bland annat är regeringen Blair positiv till att utnyttja privat verksamhet. De

crned by the self interest of any
y. The continuing use of the
heatre for experimentation in
t is wasteful.
a precedent for
ove? Yes: the
legation of the
ple in control-
to the Mon-
Committee of
ident Bank of
i move that
ributed to the
nomic stability.
ed NHS body has similarities
nstitute. Economic stability and
the nation are major factors in
Might it be a step down the slip
reducing the government's powe
country? No, a similar depolitic
Home or Foreign
even the Ministr
tion would sim
possible. The s
complexity of th
to mention the
reorganisations
faced—make it u
Aidan Ha
NHS's director
governance at
deputy chief medical officer in E
described an "extraordinary ga
"highly motivated frontline st

The continuing use of the NHS as a theatre for experimentation in management is wasteful

Citat hämtat ur [10], en av de artiklar som Lars Werkö diskuterar i sitt inlägg.

första resultaten av den ökade medelstillsdelningen har inte blivit lyckade, eftersom ökningen av verksamheten till viss del skett inom privata företag. Dessa byggdes omgående ut, vilket lett till att medlen snabbt förbrukats.

Detta begränsade vad NHS sjukvårds-truster fick att röra sig med.

I Sverige orkar varken professionerna eller patienterna med en revolt, men det vore ett tecken på styrka om en liknande, seriös debatt om sjukvårdens organisation kunde börja.

Då sjukhusläkare och GPs blev ytterst oroade av denna utveckling, och många inrättningar verkade stå inför konkurs, gick premiärministern ut i medierna för att dämpa de upprörda känslorna. Allt skulle ordna sig genom tillskott av ytterligare medel.

Ett annat problem som NHS bearbetat i flera år, är att genomföra EU-direktivet om maximalt arbetade veckotimmar för läkare. Englands relativa brist på läkare medför stora svårigheter,

även om antalet antagna till läkarutbildningen har ökat. Sjukvårdens organisation måste också förändras innan problemet är löst. Förändringar pågår men förorsakar stor oro inom läkarkåren [2, 3].

Ett drag i reformprogrammet, som väckt uppmärksamhet, är det största IT-projektet i världen inom sjukvården. Det innebär bland annat införande av elektroniska journaler med gemensam journal för en persons alla medicinska kontakter. Trots att regeringen är beredd att satsa 12,4 miljarder pund – cirka 150 miljarder kronor – under tio år på detta projekt föreligger svårigheter att genomföra det.

Programmet är inne på sitt fjärde år, men har försenats både genom att det från början inte var helt genomtänkt, och genom att många läkare och pati-



LARS WERKÖ
professor emeritus,
Stockholm

entorganisationer varit negativa av etiska skäl [4-6]. Skiljelinjen mellan förespråkare och kritiker har varit om patienterna själva skall anmäla att deras medicinska data får tas in i en elektronisk journal (»opt in«), eller att alla skall omfattas, förutsatt att de inte anmäler att de *inte* vill delta (»opt out«).

Sjukvårdsministern Norman Warner och hans medarbetare vill att det senare skall gälla, medan obstruerande läkare vill se det förra. Lord Warner, ordförande i projektkommittén, var oförändrat optimistisk vid en presskonferens i juli 2006 och tror att det skall vara »in place« i hela NHS år 2010. Samtidigt som en plan presenterades för att påskynda införandet av elektroniska journaler, samlades 400 GP för att visa sitt stöd för »opt in«-linjen [4].

Det föreligger inte bara etiska utan också tekniska och logistiska problem. Financial Times har därtill uttryckt tveksamhet rörande budgeten. Erfarenheter i USA och Sverige har visat svårigheter med datorisering av sjukvården [7-8]. Detta är bara några exempel på vad som orsakat det missnöje som gror i läkarkåren, som anser sig »överkörd«.

Av och till har olika debattörer

föreslagit reformer av NHS, som skulle innebära mindre inflytande för politiker och tjänstemän och mer inflytande för läkare, andra sjukvårdsarbetare och patienter. Senast har förslag lagts fram av läkarna Fiona Godlee [9] och Layla Jader [10]. Godlees förslag ledde till en omfattande diskussion, där flertalet varnar för att förändra NHS alltför mycket. Några anser att frikoppling från politiskt inflytande skulle kunna radera hela idén med den fria sjukvård som NHS garanterar.

I flera diskussionsinlägg har GP, forskare i administrativ vetenskap och några amerikanska kolleger [11-16] instämt i att det behövs en förändring av NHS, framför allt i fråga om ledningen. Det behövs mer öppen debatt mellan dem som levererar sjukvård och dem som utarbetar mål för verksamheten. Det finns dock fördelar med en direkt linje från sjukvårdsfronten ända upp till dem som har det slutliga ansvaret, vilket visats av att premiärministern själv ingrep och lovade öka budgeten.

Några åsikter: Självständighet utan för mycket pekpinna är viktigt: »Mitt förslag för självständighet för NHS är att

konstruera system för lokalt ansvarstagande, som borde utgöra ett effektivt alternativ till idén om konkurrens mellan vårdgivare.« [10]

»Organisationen av NHS är nog bra, men regeringen skulle kunna sköta sitt pastorat bättre ... Det finns också en fruktan för att en mera professionell styrelse för NHS skulle få för stort inflytande för sjukhusläkare, till allmänläkarnas förfång.« [11]

Medan en praktiker påpekar att det var Nye Bevan, då hälsovårdsminister, som drev igenom NHS efter andra världskriget [12], betonar en annan patienternas behov [13]. Bevan och inte läkarkåren skapade NHS, vilket talar för fortsatt politisk styrning, även om det behövs reformer.

»Vår utgångspunkt skall därför inte vara att avlägsna NHS från politiken, utan bygga mer robusta institutioner kring det ... Knepet är att göra något åt existerande deficit i policydefinitioner och remissförfarande samtidigt som de som levererar sjukvård behöver mer operationell frihet [12].«

»Patienternas behov skulle tillfredsställas med ett system för ett rätlinjigt, sammanhållet omhändertagande. Relationen mellan patient och läkare kan förbättras genom konkurrens mellan olika medicinska system [13].«

Sjukvårdsanalytikern Chris Ham anser att ledningen inte tar tillräcklig hänsyn till GPs önskemål i de utförbara planerna. I synnerhet är han kritisk till »commissioning centres«, som stör GPs möjligheter att som tidigare remittera patienter direkt till den sjukhusöverläkare som de samarbetade med och litade på: »Det finns en underförstådd känsla att ministrarna har satt kärran framför hästen, när de har utvecklat rollen för sjukvårdens leverantörer före commissioners.« [14]

Två amerikanska läkare ser NHS som föredöme för hela världen. Från USA horisont inser man behovet av förändring och jämför NHS med en boxare som visserligen just nu är groggy, men dock en champion. Tiden kan vara mogen för en nationell översyn av NHS styrmodell och struktur för att förbättra dessa utan att avlägsna ledningen alltför långt från regeringens inflytande. Det är viktigt att ta i försiktigt vid varje försök till omorganisation. Regeringens initiativ med större utnyttjande av kommersiella fak-

torer är, enligt amerikansk erfarenhet, att leka med elden:

»Den engelska opinionen måste förstå att NHS är ett föredöme för hela världen och inte bara en engelsk klenod. Som sådan får NHS verksamhet och drift inte försringras genom alltför revolutionerande åtgärder [15].«

En redaktionell kommentar instämmer i reformkraven [16] och erinrar om vad som hänt på Stoke Mandevill Hospital. Sjukhusets managers var så upptagna med att kontrollera väntetiderna på akutintagningen att de inte hade tid att hindra utbrottet av Clostridium difficile-infektioner på sjukhuset, något som orsakade att 333 patienter infekterades och minst 33 dog [17].

Mitt i denna debatt har en överläkare i Wales, Layla Jader [10], under rubriken »Personal View« föreslagit en total reform av NHS ledning, som skulle återföra bestämmandet över sjukvården till dem som arbetar inom den samt de patienter som drar nytta av den. Hon drar parallellen mellan sjukvård och ekonomi. Bägge är angelägenheter av största betydelse för hela folket.

Den engelska ekonomin har stabiliserats efter överförandet av inflationskontrollen från finansdepartementet till den oberoende Bank of England 1997. Det politiska etablissemanget kunde enas om en fråga av yttersta vikt för hela befolkningen. Styrelsen för banken är betydligt mer kompetent att reglera ekonomin än politiker och tjänstemän i finansdepartementet.

Sverige har samma goda erfarenhet av en sådan avpolitiserings av räntevapnet som England. På samma sätt borde sjukvården kunna avpolitiserats genom att ge NHS en opolitisk styrelse.

I stället för att styras direkt från hälsovårdsdepartementet skulle NHS i fortsättningen ledas av en styrelse med elva ledamöter, utsedda i demokratisk ordning: en representant för vardera av de politiska partierna (tories, labour, liberaldemokraterna och »övriga«), en för vardera av de grupper som arbetar i sjukvården (läkare, sjuksköterskor, andra professioner i vården samt andra vårdarbetare), och en vardera för NHS managers, Royal Colleges och patientorganisationer. Styrelsen skall utse en rådgivande kommitté av sakkunniga, som skulle bestå av »landets bästa hjärnor«.

Sammansättningen skulle garantera att sjukvården baserades på kunskap i stället för på vad som är politiskt oppor- tungt, samtidigt som patienterna skulle få ett centralt inflytande. Samtliga leda-

möter i styrelse och rådgivande kommitté skall vara personligt ansvariga för sina beslut, redovisningsskyldiga till det brittiska parlamentet och publicera sina överläggningar.

Jader förutser att många skulle finna detta förslag alltför komplext och omöjligt att driva rationellt. Det nuvarande tillståndet är dock ännu omöjligare för ett rationellt arbetssätt [10].

Uppbyggnad och arbetssätt för den föreslagna styrelsen och en rådgivande kommitté har Layla Jader tagit från reglerna för Bank of England. Jader för en väl utformad plädering för sin idé, men det finns ingen anledning att upprepa den här.

På många sätt är NHS unikt. Det står för en helt socialiserad sjukvård och innebär att patienter får behandling utan kostnad. Under lång tid har man byggt upp en struktur som bygger på allmänläkarnas ansvar för ett begränsat och definierat befolkningsunderlag. Allmänläkarna bestämmer över patienternas remisser till behandling på sjukhus. I toppen på NHS-pyramiden finns några medicinska poster – en Chief Medical Officer besatt med en ledande läkare och en Chief Scientist med en ledande forskare. Dessa har begränsad makt och resurser.

Inriktning av verksamheten, ledningsfunktioner uppbyggnad och driften bestäms av det politiska etablissemanget, ibland efter konsultation av professionerna, ibland utan sådan. Läkarprofessionen har då representerats antingen av det brittiska läkarförbundet (BMA) eller av organisationer med bredare medicinskt underlag – utbildning, fortbildning och forskning (Royal Colleges).

Många gånger har förändringar skett baserat på utredningar som remissbehandlats – vilket inte har inneburit att man lyssnat till remissinstanserna. Likheten med den svenska sjukvårdens styrning (som dock är mycket mer fragmenterad genom landstingens suveräna bestämmanderätt och avsaknad av fasta medicinska konsulter i ledningen) är uppenbar.

Den ovan angivna listan över de senaste reformerna [1] visar vad det varit fråga om. Detta reformerande har skapat en turbulens som gått ut över tillfredsställelsen i sjukvården. Många tycker att nu får det vara nog. Parallellen med den svenska sjukvårdens krampaktiga försök till förbättringar av arbetsmiljö och patientomhändertagande är slående.

NHS har varit underfinansierat praktiskt taget från början, något som blev värre

fram tills för några år sedan då premiärministern, som ovan nämnt, meddelade att sjukvården i England skulle få lika mycket (som andel av BNP) som andra länder i EU. Ytterligare anslag i miljardklassen (i pund) har också tillkommit.

Både före och efter Blairs utspel har NHS och hälsovårdsdepartementet varit föremål för genomgripande förändringar. Påpekandet att det var politiker som åstadkom NHS, inte läkarkåren [14], kan vara förledande. Nye Bevan verkade på 1940-talet i en helt annan situation än vad som varit fallet vid senare reformer.

Erfarenheter från näringslivet visar att det behövs en typ av ledare för att skapa en helt ny organisation, en annan för att driva den vidare samt ytterligare en tredje profil för den som reformerar en pågående verksamhet. Ingen torde vilja ta ifrån politikerna deras makt att ange resurserna för sjukvården och hur dessa i huvudsak skall fördelas. Den styrning som leder NHS, hur den än ser ut, måste vara redovisningsskyldig till parlamentet.

Det påpekas för övrigt att parlamentet måste kontrollera ministrarna bättre, eftersom parlamentet representerar folket [14]. Det har likheter med situationen i Sverige, där kanslihuset blivit alltmer självständigt och riksdagen något av ett transportkompani.

Vad som ur professionell synpunkt måste vara viktigt är att politiker – även tjänstemän för den delen – inte skall lägga sig i sjukvårdens detaljer utan överläta dessa åt dem som är utbildade för att ta hand om sådana.

Problemen i sjukvården i England kan påminna om vad som pågår även här. Det är omöjligt att veta vad som kommer att hända i England, men det är säkert att diskussionen kommer att fortsätta. I Sverige orkar varken professionerna eller patienterna med en revolt, men det vore ett tecken på styrka om en liknande, seriös debatt om sjukvårdens organisation kunde börja.

Varje system är unikt, och även om vi kan lära oss mycket från andra länders sätt att tackla problemen i sjukvården gäller det att anpassa andras lösningar till den specifikt svenska sjukvården, där landstingens politiker och tjänstemän har tagit över alltmer av bestämmanderätten.

Under förra seklet var många läkare belättna när landstingen tog över alltmer av sjukvården från staten: provinsialläkarna, mentalsjukhusen och de statliga universitetssjukhusen. Den medicinska,

sociala, ekonomiska och tekniska utvecklingen har emellertid försatt sjukvården i en annan situation än vad som förelåg då. Det torde därför vara motiverat med en verklig översyn av sjukvårdens organisation, varvid erfarenheter från andra länder skulle kunna bidra.

Det skulle t ex vara intressant om någon intresserad kunde utarbeta ett förslag för den svenska sjukvården liknande det som Jader lagt fram [10]. Den svenska riksbanken har ju gått samma väg som den engelska. Förslaget att behandla sjukvården likadant som ekonomin är tilltalande.

På samma sätt som den engelska sjukvården har den svenska överlåtit all styrning och allt nytänkande till politiker och tjänstemän. Full öppenhet i fråga om hur sjukvården styrs skulle välkomnas på samma sätt som allmänhet och medier välkomnar offentliggörandet av riksbankens protokoll.

Svenska politiker eller tjänstemän i vården skulle knappast vara intresserade av ett liknande förslag. Initiativ måste i stället komma från patienterna eller professionerna. Ett samarbete mellan Läkarförbundet, Vårdförbundet och patienter skulle kunna tänkas leda till att professionerna kunde återerövra kommandot över sjukvården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Bevan G. A third way. *BMJ*. 2006;333:252-3.
2. White C. BMA's claim of unemployment among junior doctors is rejected. *BMJ*. 2006;332:471.
3. Bloor K, Hendry V, Maynard A. Do we need more doctors? *J Royal Soc Med*. 2006;99:281-7.
4. Cross M. England sets up task force to hasten use of electronic records. *BMJ*. 2006;332:1467.
5. Braunold G, Pringle M, Eccles S, Scott I, Osborne S, Sturrlé B. Opting in or out of electronic patient records. National clinical leads fo connecting for health respond. *BMJ*. 2006;333:261-2.
6. Pezier TF. Opting in or out of electronic patient records. Debate has missed the boat. *BMJ*. 2006;333:262.
7. Shortliffe EH. Strategic action in health information technology: why the obvious has taken so long. *Health Aff (Millwood)* 2005;24:1222-3.
8. Iglehart JK. Pursuing health IT: The delicate dance of government and the market. *Health Aff (Millwood)* 2005;24:1100-1.
9. Godlee F. Time to leave home [Editor's Choice]. *BMJ*. 2006 April 1;332.
10. Jader L. It is time to separate the NHS from direct government involvement [Personal View]. *BMJ*. 2006;332:1518.

Läs mer Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>