

Maktspelet i vården

Maktspelet i vården

Dick Erixon

CENTRUM FÖR VÄLFÄRD EFTER VÄLFÄRDSSTATEN

© FÖRFATTAREN OCH AB TIMBRO/CVV 1999

FORMGIVNING: SILVER

SÄTTNING: MELANDERS FOTOSÄTTERI

TRYCK: ELANDERS GOTAB, STOCKHOLM 1999

ISBN 91-7566-433-X

ISSN 1404-3033

www.cvv.nu

info@cvv.nu

INNEHÅLL

INGEN TAR ANSVAR 6

POLITIKERNA HAR ABDIKERAT 14

ÖAR AV SUNT FÖRNUFT 26

INTE MER PENGAR 34

STÄRK PATIENTMAKTEN 42

TILL SIST 54

Ingen tar ansvar

Vad gör jag här? Frågan dök inte sällan upp i mina tankar under sammanträden med sjukvårdsstyrelsen. Där satt man i demokratis namn som folkets representant, utan att en enda människa visste om att man satt där på hennes vägnar, eller ens att det fanns en sjukvårdsstyrelse för Kungsholmen och Norrmalm i Stockholms city. Ingen har blivit tillfrågad om de vill överlåta ansvaret för sin sjukvård på en sådan styrelse, ingen i befolkningen har valt mig och därför inte kunnat uttala förtroende eller misstroende för mig.

Ändå sitter jag bland 21 andra politiker, ledamöter och ersättare, och fattar beslut om 104 000 medborgares tillgång till allt från primärvård på vårdcentraler, läkarpraktiker, äldreomsorg och psykiatri till akutsjukvård. Den årliga budgeten i mitten av 1990-talet omsluter ungefär 1,5 miljarder kronor. Det är en hisnande siffra! Och viktigare verksamheter än dessa är svåra att tänka sig – det handlar om människors liv och död.

Den totala bristen på kontakt mellan oss politiker och den befolkning vi sade oss representera manifesterades när styrelsen på våren 1998 (ett valår, naturligtvis) bjöd in medborgarna till "öppna sjukvårdssammanträden". Det geografiska område vi svarar för är inte stort, det sträcker sig från Birger Jarlsgatan i öster till Tranebergsbron i väster och från Norrtull i norr till Gamla stan i söder, ungefär 5 km på ena ledden och 3 km på den andra. Ändå kom bara en handfull äldre patienter, inskrivna på den inrättning där evenemanget gick av stapeln.

Om sjukvårdsstyrelsen är demokratin förkroppsligad, om styrelsen sitter på makten över sjukvården, varför är folk i så fall inte intresserade av vad som händer med den, i bokstavlig mening, livsviktiga verksamheten?

Svaret är att sjukvårdsstyrelsen inte har någon makt, och att politikerna i den inte representerar folket. Svensk sjukvårdspolitik har mycket lite med demokrati att göra.

Politikerrollen

Om en organisation framstår som rörig och obegriplig är det naturligt att söka sig så "högt upp" som möjligt för att där börja sortera ut trådarna. Vem är chef över svensk sjukvård? I enlighet med journalismens logik, som söker snabba och raka svar, är det socialministern. Men det är inte sant. Visst har regeringen stor makt eftersom den styr över lagstiftningen som sätter ramar för sjukvården. Regeringen kan också sprätta miljonanslag omkring sig för att verka potent och handlingskraftig. Men dessa anslag används aldrig till det som de sägs vara till för. Anslagen försvinner ner i de svarta hål som är landstingens ekonomi.

Vem är då chef? Ett naturligt svar är landstingens högsta ansvariga, landstingsråden. Alltså politikerna som i länen är valda för att sköta just sjukvården. Men trots att de formellt bestämmer över landstingens budgetar vet de mycket lite om vad som faktiskt händer i verksamheten. Metodiken och rutinerna för hur beslut fattas gör att politikerna bara tar ställning till konkreta och avgränsade ändringsförslag, oftast framförda av förvaltningen.

Politiker resonerar aldrig kring strategier som utvecklar sjukvården i takt med de mycket snabba vetenskapliga framstegen inom medicin. På dagordningen för politikerna står aldrig andra omvärldsförändringar, som medborgarnas och personalens förändrade, det vill säga högre, krav på vård och arbetsinnehåll. Visst används begrepp som strategi och mål. Men dessa ord har på ett orwellskt sätt blivit smittade av den partipolitiska stridens förmåga att klä av orden deras betydelse. I samma takt som politiska löften har devalverats till skämt, betraktas många av de begrepp – som hos företagsledningarna på de fria marknaderna står för något absolut och är på allvar – enbart som ordkulisser inom sjukvården. Dåvarande socialministern Ingela Thalén illustrerade fenomenet väl när hon fick ett löfte till att vara en målsättning som var en förhoppning. Och aldrig någonsin erkänna att ett misslyckande är just ett sådant.

Att mål, strategi, kvalitet och uppföljning i de politiska kretsar som styr landstingen bara är tomt prat som ingen tar på minsta allvar fick jag själv erfara. När valstrategen Bo Krogvig en mycket kort tid efter valet 1994 – innan han tröttnade – var personallandstingsråd i Stockholms läns landsting tillsatte han en ledningsgrupp för kvalitetsarbete i vården. De flesta var ledande partiföreträdare. När de föredragande tjänstemännen Bengt Hartvig och Thorbjörn Schultz, med erfarenhet av kvalitetsarbete från annat håll, drog upp och föreslog riktlinjer utifrån den kultur där strategier och mål är på allvar, började det gå snett. Tuffa mål och strategier svaldes av de ansvariga utan minsta reflektion och problemdiskussion.

De föredragande var förvånade över att så genomgripande strategiska val inte föranledde mer invändningar. Förklaringen kom senare. Det blev annat ljud i källan när de föredragande sedan återkom med konkreta åtgärder som behövde vidtas för att nå målen. Då först vaknade politikerna.

När ledamöterna från alla partier skulle svara på varför de inte hade reagerat tidigare mot målen och strategierna, utan förkastat dem först när de omsattes i förslag till handling, var deras unisona svar ungefär att "det där snacket om mål och strategi lyssnade vi inte på, vi tog det inte på allvar, vi trodde inte ni menade något med det".

Det partipolitiska käftblet inför valen har haft den obehagliga biverkningen att det helt enkelt förstör mycket av det språk som krävs för att kunna leda och styra en stor verksamhet på ett effektivt sätt. Politiker är döva och stumma just för de språkliga verktyg som är nödvändiga för att med trovärdighet, auktoritet och målmedvetenhet uppnå en sjukvårdsorganisation som kontinuerligt arbetar för att fungera bättre.

Man kan kanske tycka att ord ändå inte är det viktiga. Det är ju handlingar som räknas. Men så är det inte för ledningsfunk-

tionen i en verksamhet som kan ha upp emot 50 000 anställda. Här är det viktigt att det finns ett språk med ord som har en verklig innebörd, ord vilkas innebörd tas på allvar. Utan ett fungerande språk i ledningen kan aldrig de nödvändiga mentala övertygelser formas som kan vidareförmedlas till hela organisationen. Det är särskilt viktigt i en politiskt styrd organisation, där alla vet att i varje styrelse sitter nästan hälften av ledamöterna beredda att ta ifrån majoriteten makten.

Med demokrati i den parlamentariska form vi har blir ledningen extra utsatt och ifrågasatt. Då blir det än viktigare att politikerna kan kommunicera vilka värden, mål och vilken inriktning man står för. Men så är det inte i dag. Språket undergräver den politiska ledningens egen förmåga att tänka klart, det vill säga i förväg veta vad man vill göra och varför.

Det råder med andra ord inte bara brist på förtroende för de politiska motståndarna. Inom den politiska ledningen finns en djup misstro inför de verktyg som krävs för att kunna leda en stor organisation. Därför är politikerna i hög grad handlingsförlamade, och blir sidsteppade i det verkliga maktspelet om sjukvården. Politikerna blir ständigt blåsta. Ja, de är snarare brickor i maktkampen, än spelare.

Politikerrollen som den ser ut i dag är en huvudorsak till sjukvårdens kris.

Doktorerna

Men om inte politikerna har makten, var finns den då? Ofta sägs att sjukvården är präglad av en mycket gammaldags och auktoritär kultur, där läkarna sitter på makten. Men det man då främst talar om är det som händer ute på avdelningar och vårdcentraler. I mötet med patienterna. Hur mycket makt har läkarna över vårdorganisationen och fördelningen av resurser? Denna makt kommer man inte över genom möten med patienter. Därför har allt

fler läkare blivit administrativa chefer. Det är genom nätverk och kontakter med byråkratin som inflytandet växer.

Detta är en förklaring till att svenska läkare hör till dem som allra minst träffar patienter. Svenska läkare administrerar snarare än vårdar. Sitter i sammanträden. Skriver promemorior. Räknar på budgetar.

Efter en lång och krävande utbildning i medicin sitter allt fler läkare vid skrivbord och vänder papper i stället för att ta hand om sjuka patienter. Skälet är naturligt. Det är som administratörer läkarna kan göra karriär inom landstingen. Där kan makt utövas. Att vara en duktig kirurg eller allmänläkare som utvecklar sin medicinska kompetens ger inte alls samma utdelning i makt, status och karriärmöjligheter.

Inom en planstyrd verksamhet som landstingens, blir det med nödvändighet så att de som lägger planerna är överordnade alla andra. En läkare eller sjuksyster som utför sitt yrke med lysande kompetens är ändå bara en arbetare i sitt skrå. "En personal", som det heter på byråkratiska, i statistiken. Makten ligger hos dem som styr över hur statistiken presenteras, inte hos dem som utför det arbete organisationen egentligen är till för, att bota och vårda sjuka.

Vägen ur den proletarisering som länge har drabbat läkare och nu också sjuksköterskor, går över byråkratin. Därför har läkarna blivit byråkrater i svenska landsting.

Patienterna

Men patienterna och medborgarna, har inte de makten? Enligt skolboken har medborgarna makten i en demokrati, och de utövar den genom att gå och rösta vart fjärde år. På det sättet har de makt att utse vilka politiker som har majoritet i riksdag och fullmäktige. Men som vi tidigare konstaterade har politiker mycket liten makt som det ser ut i dag. Och om politikerna som folkets valda repre-

sentanter inte har någon makt, då har medborgarna i en formellt sett politisk styrd verksamhet ännu mindre att säga till om.

I kontrast till svenska patienters minskande inflytande, som beror på dåligt fungerande demokrati, har patienterna i andra länder fått allt större inflytande. Ett viktigt exempel är USA. Den amerikanska konstitutionen lägger makten och friheten hos medborgarna snarare än hos valda organ. Denna individuella rättighetstradition gör att det amerikanska samhället ser med mycket större allvar på enskilda individer och deras rätt att bestämma än vad vi gör i Sverige. Patient- och handikapprörelser har varit framgångsrika i att utkräva sin rätt inom sjukvården. Däremot innebär det amerikanska systemet en svagare rätt till sjukvård.

Den här distinktionen är viktig för resonemangen kring patientmakt. Med *rätt till sjukvård* avses vilka krav på tillgång till vård och behandling som patienten kan ställa, alltså till vilka kliniker och mottagningar patienten blir insläppt. Med *rätten inom sjukvården* avses patientens ställning när behandling och vård väl har satts igång, alltså delaktighet och val av behandlande läkare och mottagning.

Det är lätt att kritisera det amerikanska systemet eftersom bristerna ligger i öppen dager. Den som inte har en sjukvårdsförsäkring riskerar att få sämre vård. Detta strider mot vår svenska gemenskapstanke. Men vår lösning, som omfattar alla, har också uppenbara problem. Det är långt mellan verkligheten och löftet om god vård till alla. En politisk modell som ser bra ut på pappret är inte nödvändigtvis bra i praktiken. Här dyker det orwellska draget upp igen: verkligheten är inte sådan som den synes vara.

Synvillorna är många, ja, jag har fått en känsla av att synvillorna är en central del i landstingens kultur. Det finns alltid en officiell, principfast och perfekt version, den som levereras utåt, det som är maktspelskuliss. Fel och brister medges bara när de upptäcks "på bar gärning" av massmedia. Och då bara det

felet, och bara som ett tråkigt undantag. Där bakom finns verkligheten, den principiösa och kaotiska.

I själva verket saknar patienter i dagens Sverige både rätt till sjukvård och rätt inom sjukvården. Patientens ställning är svagare i vårt land än i de flesta andra västländer. De köproblemer som finns här, och som allvarligt undergräver rätten till sjukvård, finns inte där marknadsekonomi tillämpas. Med försäkringslösningar vet patienterna vilka rättigheter de har – och inte har. Om de inte får det de har papper på att de skall få, kan de stämma vårdgivaren för kontraktsbrott. Stämningen är inte främst till för att få ekonomisk kompensation, utan för att ge alla patienter makt. Enbart hotet om att patienter kan stämma om de inte blir nöjda, gör att patienternas ställning kraftigt har stärkts. Ingen vill bli utsatt för stämning. Att lyssna på patienten mer noggrant blir då en naturlig effekt som gynnar alla parter.

Svenska patienter saknar detta maktverktyg. Att stämma landstingen är meningslöst. Dels är svensk lagstiftning inte alls lika inriktad på att värna om enskilda människors rätt, dels kan en politisk organisation som landstingen strunta i domstolarna. Landstingen har i huvudsak monopol, så patienterna har inte mycket annat att välja på även om de efter upprepade skandaler skulle vilja välja annan vårdgivare. Dessutom har landstingen genom landstingsskatten redan tagit av alla medborgare de pengar som de skulle ha kunnat använda till vård på annat håll. Vi svenskar är därför något av vårdslavar under landstingen. Vi är uppbundna till dem och kan inte slita oss loss, hur gärna vi än vill. Vi betalar en avsevärd andel av vår lön till dem vare sig vi vill det eller inte. Lagstiftningen skyddar landstingen. Och denna dominans gör att det är mycket ont om alternativ.

I den miljö som sjukvården bedrivs ges landstingen en närmast totalitär makt över patienterna. Det är skrämmande. Men denna starka makt gör den naturligtvis än mer lockande att aspirera på och komma över.

Politikerna har abdikerat

Om varken medborgarna, patienterna, politikerna eller läkarna har makten över sjukvården, då återstår byråkraterna. Nu börjar det brännas. Byråkraternas position i landstingets organisation bestäms av att de har kontrollen över informationen. De är överordnade vårdpersonalen på kliniker och vårdcentraler. Samtidigt är de underställda politikerna. Men det är byråkraterna som ger politikerna underlag och information om vad som händer i vården.

Vår svenska modell har vuxit fram under lång tid under vilken makten har flyttats från vårdprofessionen för att koncentreras till politikerna. Tanken bakom folkhemmet har gått ut på att verksamheten skall styras politiskt. Politiska idéer har varit ledande i hur sjukvården utvecklats. Små sjukhus och enheter har lagts ned och gigantiska sjukhus har byggts. Koncentrationen av makt har drivits långt, på samma sätt som lokaliteterna har koncentrats i en grad fullt i klass med betongförrorterna. Det är ingen slump att många sjukhus är förvirrande lika dessa förrortshus. Industrisamhällets löpande band och standardiseringsstankar smittade av sig på sjukvården i lika hög grad som på bostadspolitikern.

Tillsammans med den snabba medicinska utvecklingen har detta inneburit att sjukvården i dag är en mycket storskalig och komplicerad organisation. Avsikterna har naturligtvis varit goda. Den nya vetenskapen skall komma patienterna till del. Många gånger har detta varit möjligt genom koncentration.

Men en sådan koncentration av makt och vårdstrukturer kräver ett ytterst kompetent ledarskap. Ett ledarskap som vet vad som händer och snabbt kan dra slutsatser av alla de förändringar som ständigt sker med metoder, behandlingar och i omvärlden. Men i samma takt som politikerna har koncentrerat makten till sig själva i ett utpräglat planekonomiskt system, har kompetensen hos politikerna sjunkit.

Under folkhemmets första årtionden var politiker något av det finaste man kunde bli. Politikern hade mycket hög status. Bland

samhällets mest framstående medborgare sökte sig många till politiken. Här kunde man uträtta något för samhällsgemenskapen. Politikerstyrelser bemannades med folk som hade en egen framgångsrik yrkeskarriär parallellt, eller bakom sig. Och de fick politikeruppdraget som en bekräftelse på den allmänna duglighet de hade visat sig besitta.

Men under de senaste årtiondena har politikerns ställning och auktoritet rasat dramatiskt. I dag är det, om vi hårdrar något, inte ovanligt att människor som har misslyckats i sin yrkeskarriär söker sig till politiken för att få någonting roligt att göra. För många förtroendevalda är politikeruppdraget ett slags terapi och tidsfördriv. Kompetensen är i många fall skrämmande låg. Ledamöter som har suttit fyra år i en styrelse kan fortfarande vara osäkra på vilken verksamhet styrelsen är ansvarig för, hur ansvarsfördelning och beslutsordning ser ut och hur mycket resurser man förfogar över. De mest korkade frågor kan ställas under sammanträden.

När politikerna i styrelserna inte längre mäktar med att leda verksamheten uppstår ett tomrum. Stor makt ligger i politikernas händer, särskilt när det gäller ledning och struktur. Här gör politikerna mycket lite. Då är det inte särskilt märkligt att byråkraterna som är föredragande i styrelserna, tar för sig. Till skillnad från de flesta politiskt valda är de heltidsanställda i verksamheten. Många är, som sagt, läkare och har genom att sitta på informationen alla möjligheter att ta hand om den maktutövning som politikerna inte klarar av.

De flesta byråkrater gör det givetvis för att de vill att sjukvården skall fungera. De håller systemet under armarna så att det inte brakar samman. Politikerstyrelserna blir oftast till ett slags referensgrupp. De tycker lite hit och lite dit, men de ändrar normalt inte byråkraternas förslag. Skulle byråkraterna sluta leda och överlåta besluten åt politikerna – till dem som formellt har

makten – skulle sjukvården inom några månader råka i fullt kaos. Om i stället alla politikerna lämnade sjukvården, skulle den drivas vidare utan att det märktes.

Däremot lägger sig politikerna ofta i detaljer och i akuta problem, särskilt om de uppmärksammas i massmedia. Dessa nervösa inbrott skadar sjukvården eftersom politiker med trycket från tillfälliga opinioner kan fatta beslut som bryter mot tidigare fastlagda och långsiktiga prioriteringar. Som de själva har godkänt utan debatt.

Det politiska ledarskapet av i dag kan karaktäriseras som nyckfullt. Efter att inte ha haft några invändningar mot stora strukturella förändringar, kan plötsligt någon aspekt uppstå som gör att politikerna vaknar och börjar ifrågasätta utifrån en liten detalj. Byråkraterna har alltså inget tydligt uppdrag att utöva ledarskapet, utan är beroende av att politiker vid vissa beslutstillfällen godkänner utvecklingen. Detta förvärrar maktspelen än mer, eftersom olika instanser vid olika tillfällen har mycket makt, och kan vända på en femöring. Långtgående planer kan kullkastas av en bagatell.

Nyfiken på att se hur reaktionen skulle bli, skrev jag i början av 1996 en motion till landstingsfullmäktige mot bakgrund av att sjukvårdsstyrelsens budget redan var inlämnad när min styrelse skulle anta den. I motionen skrivs:

Det låter så bra att hävda att de många folkvalda i dessa styrelser har inflytande över sjukvården i sitt geografiska område. Det upprätthåller förhoppningen om och förväntan på en levande demokrati. Styrelsernas existens är så att säga det materiella beviset för att demokrati råder. Men bilden är falsk. Sjukvårdsstyrelsernas makt är en chimär.

Jag menade att styrelserna i själva verket är transportkompanier som inte alls påverkar sjukvårdens faktiska utformning.

Det är i och för sig en stor förmån att få ta del av den omfattande

informationen om sjukvården som styrelsearbetet ger, men till detta är ju inte styrelsens uppgift begränsad. I december 1995 bekräftades styrelsernas ringa roll då flera av beställarbudgetarna för 1996 behandlades [centralt i landstinget] före det att respektive styrelse antagit dem. Detta på grund av ett tidsschema som gjorde att styrelsebehandlingen inte fick rum.

Styrelsens begränsade makt underströks av att verksamheten under denna period genomgick stora förändringar. Faktum är att sjukvårdsområdet på ett år minskade den egenproducerade slutenvården med cirka tio procent, främst på grund av nedläggningen av Sabbatsbergs akutsjukhus och omorganisation av äldre vården mot mer sjukhusanknuten hemsjukvård.

Min motion hävdar också att delar av landstingets utbud är överdimensionerat, medan andra och viktigare verksamheter lider av resursbrist.

En sådan felallokering är allvarlig, i synnerhet med tanke på landstingets nuvarande obalanser i ekonomin. Denna typ av strukturella problem måste sättas i centrum på sjukvårdsstyrelsernas dagordningar. För mig är det obegripligt varför prioriteringsdiskussioner är så sällsynta, för inget parti kan ju egentligen vara emot att resurserna satsas där de bäst behövs. Problemet är att vi inte är vana vid att väga nytta mot kostnad. I planekonomier blir allt i jämlikhetens namn på något sätt alltid lika viktigt. Indragningar på marginell verksamhet uppfattas som lika svår att genomföra som på mer central sjukvård. Dessutom är det i marginella verksamheter som vi politiker ofta finner möjlighet att profilera oss och våra partier. Den grundläggande sjukvården är ur det perspektivet inte lika intressant.

Motionen avslutas med en vädjan.

Med de tider vi nu lever i har vi inte råd med lyxen att brodera vackert i kanterna, nu gäller det att tillgodose våra högt ställda

medicinska kvalitetskrav på vården. Då måste vi börja våga tala om, och gradera nyttan av, hur miljonerna och miljarderna används inom sjukvården. Detta kan upplevas som känsligt, men det är nödvändigt för att vi skall kunna ge stockholmarna bästa möjliga sjukvård för pengarna.

Hur skulle denna provokation mottas? Med tystnad, visade det sig. Ett socialdemokratiskt landstingsråd ville i och för sig träffa mig, och vi diskuterade kring motionen. Hans avsikt var, som jag uppfattade det, att höra om jag som centerpartist var öppen för att stödja den sittande vänstermajoriteten. Min motion signalerade ansvarstagande från ett oppositionsparti. Det här var dessutom under Olof Johanssons tid som centerledare, då han på riksplaneln samverkade med den socialdemokratiska regeringen. Min vilja till ansvarstagande kunde ha kommit till nytta, inte för att börja diskutera innehållet i motionen, men väl för att stärka socialdemokratins makt över det politiska spelet. Eftersom detta inte var mitt syfte hände ingenting mer.

Officiell kontra reell makt

Spelar det då någon roll att makten flyter mellan byråkrater och politiker? Det finns åtminstone två allvarliga problem.

Det första och uppenbara är att om makten i realiteten flyttas från politikerna betyder det också att makten flyttas bort från en demokratisk beslutsordning. Politikerna är ju, trots allt, folkets representanter. Många tar för givet att om en viss verksamhet – som sjukvård – bedrivs inom det offentligas ram, är det per definition en demokratisk ledd verksamhet. Så behöver det inte vara. Bakom slöjan av demokrati döljer sig något annat.

Det andra, och för sjukvården allvarligare problemet, är att ingen organisation i längden kan fungera effektivt om den formella beslutsgången inte är densamma som den faktiska. En sådan uppdelning i officiell och inofficiell verklighet skapar

mängder med missförstånd och kaos. I en beslutsmiljö där det är oklart vem som har initiativet och vem som i sista hand avgör skapas alltid motsättningar och konflikter.

När detta skrivs rapporterar Arbetslivsinstitutet att anställda inom offentlig verksamhet i högre grad än privatanställda är rädda för att säga sin mening. I privat regi är oron lägre för att drabbas negativt när man säger vad man tycker. Detta trots att offentliganställda har bättre lagskydd för sin yttrandefrihet på jobbet. Förklaringen kan mycket väl vara att offentliganställda inte riktigt vet vem som bestämmer, därför vet man inte från vem och hur man kan drabbas av repressalier. Otydligheten i organisationsstrukturen undergräver tryggheten i det dagliga arbetet. Därmed undergrävs också den demokratiska andan av öppenhet och diskussion.

I ett aktiebolag är ledarskapet betydligt rakare, roller som ägare, styrelse och verkställande direktör är tydliga och synliga för alla. Dold makt finns säkert också här, men den ges inte alls samma spelutrymme eftersom alla vet vem som har ansvaret och vart man skall vända sig. Ett tydligt ledarskap skall alltså inte underskattas, inte ens när det gäller att tillgodose önskan om demokratisk öppenhet på jobbet. Klart ägar- och chefsansvar är i praktiken mycket viktigare än lagar när det gäller att uppnå gott arbetsklimat.

Byråkraterna är inga skurkar, utan hamnar – på grund av politiker-
nas oförmåga – i ett maktvaccum där någon måste göra någonting. Att de heltidsanställda tjänstemännen har närmast till att, med eller mot sin vilja, ta över makten blir en helt naturlig konsekvens. Varje byråkrat som tar syftet med sitt arbete på allvar, d v s att bidra till en god vård, måste rycka in och ta hand om ledningen. När demokratin kapitulerar är det byråkratin som räddar vården från omedelbar kollaps.

Men när fältet öppnas för inofficiella ledningsstrukturer och

beslutskanaler finns det inga regler som längre säger vem som skall fatta vilka beslut. Då uppstår en strid mellan byråkrater på olika nivåer och mellan olika verksamhetsgrenar inom den gigantiska organisation som landstingen är, med sina tiotusentals anställda. Resultatet blir dagliga fighter mellan olika sjukhus, kliniker och vårdspecialiteter, mellan vårdande enheter och ekonomi- och serviceenheter, mellan centrala byråkrater och byråkrater på sjukhusen, o s v.

Maktkampen blir desperat eftersom den är helt avgörande för hur utfallet skall bli. Resultatet av alla oklarheter och stridigheter blir oberäknlighet, kortsiktighet och nyckfullhet. Landstinget är en planekonomi inom vilken det skvalpar runt skattemiljarder som ingen längre har äganderätt till. Vi medborgare har betalt landstingsskatt för att få vård, men vi gör inte längre anspråk på pengarna. Inom landstinget är det ingen som tydligt bestämmer över dessa gigantiska resurser. Resultatet är självklart – en otrolig huggsexa. Eftersom så mycket står på spel är inga knep för fula om man skall få som man vill.

Hur väl man klarar sig i maktspelet är långt mycket viktigare för en kliniks överlevnad än hur väl man tar hand om sina patienter.

Kortsiktigheten

Eftersom makten innehas på informell grund måste också påverkan ske i det dolda, på inofficiella vägar. Makten utövas tyst, försynt och indirekt. Kontakterna spelar avgörande roll. Man spelar bakom kulisserna. Framgångsrik blir den som bäst kan dölja sina avsikter, inte den som öppet och rakt tillkännager vad man tycker borde göras och hur. Då försvinner man bara ur de dolda nätverken.

Inom Stockholms läns landsting infördes i början av 1990-talet, under borgerlig majoritet, ett prestationsersättningssystem. Kliniker och enheter fick betalt per behandlad patient.

Dessförinnan hade anslagsfinansiering tillämpats, alltså fick vårdenheterna en klumpsumma vid årets början, som var fast fixerad oavsett hur många – eller få – patienter man sedan tog hand om. Resultatet lät inte vänta på sig. Köerna till operation, som för gråstarr och höftleder var flera år, försvann i rask takt. Tidigare, när sjukvården anmälde köer till olika behandlingar, beslöt politikerna om extra anslag, så kallade "köpengar". Om köer ger extra pengar, vad blir då resultatet? Längre köer! Även i en planekonomi är det pengarna som styr.

Men den kraftigt förbättrade effektivitet som prestationsersättningen åstadkom ställde snart till nya problem. Effektiviteten ökade dramatiskt. I stället för köer uppstod överkapacitet. Nu fanns det för många kliniker och enheter i förhållande till patienter. På en fungerande marknad, eller med en fungerande ledning, hade övertaliga enheter lagts ner. De frigjorda resurserna kunde ha används till nya åtaganden, till forskning eller till skattesänkning. Men i landstingen finns ingen ledning, bara ett maktspel. Det innebär att verksamheten nu fann nya sätt att hålla volymen uppe, och givetvis ville man få ut prestationsersättning för den ökade verksamhetsvolymen.

Problemet var att det inte fanns pengar till att i en oförändrad struktur utföra all den nya verksamheten, som därtill inte var beställd. Det sattes tak på prestationsersättningen. Nu fick sjukhusen inte längre betalt för operationer de utförde mot slutet av året. Sjukhusen började gå med kraftiga underskott – alla utom det sjukhus som hade bolagiserats, S:t Görans. Då beviljade politikerna, på vems idé kan man undra, anslag till de sjukhus som inte rationaliserade. Därmed blev hela systemet med prestationsersättning förfelat. Och trovärdigheten för det föll till marken. De som vägrar anpassa sig belönas, medan de som visar kompetens, flexibilitet och handlingskraft bestraffas.

Det till en början framgångsrika systemet med ersättning för

prestation, kallat DRG, misslyckades därför att det blev offer för maktspelet. Alla försökte trixa med systemet så att man själv skulle gynnas. Utöver införandet av ett tak och de anslag som täckte upp underskotten, undergrävdes trovärdigheten genom att man började manipulera prislapparna inom systemet. DRG-poängen för olika diagnoser förändrades. Vissa höjdes, andra sänktes. Myglet kring DRG visar att ingen har överblicken och den yttersta makten inom landstingen.

Det olustiga är att myglarmakten är anonym, det går inte att peka ut någon som är ansvarig. Alla deltar. De flesta med goda avsikter. Men resultatet blir att vården saboteras.

Dinosaurier

När den verkliga makten är anonym och de som officiellt har makten inte styr, uppstår inte bara konflikter på "hög" administrativ nivå. Attityderna och metoderna fortplantas nedåt i organisationen. Det blir ett spel mellan kliniker med samma specialitet inom landstinget, mellan olika kliniker på ett sjukhus, mellan avdelningar inom en klinik o s v. När makten flyter och ledarskapet saknas, blir det snabbt en nödvändighet att se med stark misstro på alla andra enheter, man vill inte bli utnyttjad.

Även om man inom sitt eget arbetslag kan arbeta på och lita på varandra, och därmed ge patienterna högkvalitativ vård, tär misstron mot omvärlden hårt på landstingens förmåga att använda skattemedlen på bästa sätt. Misstro av det här slaget är förödande, eftersom den saboterar det allra viktigaste instrumentet i stora organisationer med starka inslag av planekonomi: informationsflödet. Om det råder otrygghet mellan landstingets enheter, mindre avdelningar såväl som större kliniker, avtar informationsflödet. De som skall lämna information är rädda för hur informationen kommer att användas. Därför ger man ifrån sig så lite som möjligt. Och den begränsade information som når landstingets ledande organ kan vara tillrättalagd.

Även om politikerna skulle drabbas av handlingskraft och vilja åstadkomma ordning, skulle de förmodligen fatta beslut på felaktigt faktaunderlag. Det beror inte enbart på att information i en otrygg organisation läggs tillräta. Stora organisationer har i vår tid blivit mycket svåra att styra. Verkligheten har blivit så komplex, och därtill förändras den så snabbt, att det blir omöjligt att samla all nödvändig information på ett ställe medan informationen ännu är aktuell. Planekonomi fungerar inte. Inte ens i sjukvården.

Men landstingen är uppbyggda på trossatsen att all information kan samlas in och bearbetas på ett ställe, för att sedan leda fram till de allra klokaste besluten. Den möjligheten, om den någonsin funnits, är sedan länge överspelad. Landstingen är organisatoriska dinosaurier.

Öar av sunt förnuft

Få förhållanden skapar sådan frustration och stress som när anställda inte vet hur de skall uppträda och arbeta för att göra ett gott jobb. Bara med tydliga spelregler och raka verksamhetsmål blir arbetsvillkoren goda. Då kan man känna tillfredsställelse, eftersom man ser hur arbetet utvecklas mot målen. Man kan tolka sin prestation och vara nöjd med den eller bestämma sig för hur den kan förbättras.

Med sådana spelregler kan trygghet i arbetet uppnås. Även om de medicinska metoderna utvecklas och förändras allt oftare, skapas med en grundläggande filosofi, eller affärsidé, medvetenhet om hur förändringarna skall tillvaratas. Liksom vilket det underliggande syftet med förändringarna är. Då, och bara då, är man delaktig i det som händer.

Det fantastiska med svensk sjukvård är att ute på "golvet" – där vårdpersonal möter patienter – finns goda exempel som utvecklar sjukvården trots myglarmaktens olustigheter. Det handlar om öar av sunt förnuft.

En sådan ö är kvinnokliniken på Motala lasarett. Inte långt ifrån det kommunhus där politiker fifflade med kontokort, har barnafödande utvecklats till ett konststycke i kvalitet till gagn för de nyfödda och deras föräldrar. Samtidigt har verksamheten effektiviserats, personalstyrkan minskats och lokalytan reducerats. Allt medan personalen känner allt större tillfredsställelse i arbetet.

– Det behövs inte mer pengar till vården, säger klinikchefen Birgit Nilsson. Inte så som vården ser ut nu. Det finns så mycket att ta tag i inom sjukvården, som skulle skapa bättre arbetsvillkor och högre vårdkvalitet. Mer pengar i den situationen döljer bara problemen och nödvändiga åtgärder skjuts på framtiden.

Även om Birgit Nilsson inte lyfter fram det, så framgår att kvinnoklinikens utveckling startade när hon blev klinikchef i början av 1990-talet.

– Jag var tvungen att ta itu med svåra interna konflikter mel-

lan personalgrupperna. Konflikterna handlade på ytan om olika uppfattningar om hur arbetsuppgifter skulle lösas. Och vem som skulle sköta dem.

– Men bakom konflikterna dölde sig revirtänkande, som egentligen inte var något annat än rädsla. Man kände sig hotad och var rädd att få ge avkall på sin position. När all personal känner så är situationen kaotisk. Det vardagliga arbetet blir tungrott och ständiga konflikter tar mycket energi som skulle kunna användas bättre. Det fanns inte heller några morötter för att göra ett bättre arbete. Vad fick man för det? Ingenting.

– Jag insåg snart att det gäller att finna en väg ur konflikterna. Och vad hade vi alla gemensamt? Patienterna. Det är dem vi är till för. Vi började lägga upp arbetet utifrån vad som var bäst för patienterna. Fanns olika förslag på hur en uppgift skulle skötas, gick vi igenom för- och nackdelar utifrån patientperspektivet. Det som vi kom fram till var bäst för dem blev den lösning alla fick ställa upp på. Patientfokuseringen var, ärligt talat, från början ett sätt att få en opartisk och respektabel ”domare” över våra interna konflikter.

– Vi började sätta upp enkla men relevanta mål, där individanpassad vård var utgångspunkt, snarare än personalens eller organisationens. Väntetiderna skulle bort, tid för besök kunna bokas meddetsamma, provsvar ges snabbt och patienterna skulle göras delaktiga. Vi började också följa upp arbetet med enkäter där vi frågade patienterna om kvalitet och mottagande. Det här var innan systematiskt kvalitetsarbete hade börjat diskuteras, berättar klinikchefen och övrig personal som vann Landstingsförbundets utmärkelse ”Qualitet, Utveckling, Ledarskap”, QUL, 1997.

När jag besöker kliniken slås jag genast av att atmosfären är annorlunda, där finns en mer hemtrevlig och mjuk miljö än den med ekande korridorer som brukar råda på sjukhus. Det visar sig att

väntrum, provrum, undersökningsrum och sovsalar är utsmyckade med gardiner, tavlor och prydnadssaker som personalen själva har sytt och tillverkat. På sin fritid. Åt landstinget. Bakom dessa inredningsdetaljer döljer sig alltså en viktig iakttagelse: detta hade aldrig blivit gjort om inte stämningen var god.

När personalen visar runt visar det sig att man, trots oförändrat antal födselar, radikalt har minskat lokalutnyttjandet. Provrum har inrättats i gamla linneförråd, små rum utan fönster. Och antalet väntrum har minskat till ett. Syftet med lokalbesparingen var inte snålhet, utan patientperspektivet.

Förut gick de blivande mammorna runt. De mötte först en sjuksköterska som hänvisade till ett väntrum. Där tog en annan sköterska ett prov och hänvisade sedan till nästa väntrum. Efter väntan där mötte den havande ytterligare en sköterska som tog ett annat prov. Nu möter den blivande föräldern en sjuksköterska som går runt med mamman och tar hand om all provtagning. Denna sköterska blir sedan kontaktperson, vid förlossningen och därefter. Förändringen har avsevärt höjt den upplevda kvaliteten på kvinnokliniken. Och kliniken har sparat hyrespengar.

Ett av de främsta skälen för motstånd mot förändringarna har varit att de krävt höjd kompetens. Skall personalen kunna vara delaktig i hela vårdkedjan, alltså i mottagning, dagkirurgi, akut- och annan slutenvård, krävs högre allmän kompetens än om var och en som vid ett löpande band tar hand om sin lilla del. I början var 25 procent legitimerade sjuksköterskor och 75 procent undersköterskor. I dag är siffrorna de omvända.

Och det märks att en sammanhållen vårdkedja är ett grundfundament i klinikens arbete. Man har arbetat intensivt för att ta bort gränser och därmed revir. Patienten står i centrum.

– Det har varit slitsamt. Att utveckla och skapa en ny mentalitet och nytt tänkande hos hela personalen tar tid och kraft. Men vi har gjort det under löpande arbete, utan projektpengar och trots återkommande besparingar. Ett viktigt redskap är plane-

rings- och utvecklingssamtalen med varje enskild anställd. Om egna mål och individuell utvecklingsplan. Om oro, problem och glädjeämnen. Alltså ett tydligt och närvarande ledarskap.

Och vi har tillsammans skapat ett klimat där alla känner sig lugna och trygga i sin yrkesroll. Sjuksköterskorna fattar i dag fler beslut än förr. De kan ta större ansvar och kvaliteten för patienterna blir högre. Personalen vill utveckla verksamheten och nu känner de att de får något igen. Personalen är i högsta grad delaktig i klinikens arbete och utveckling.

Antalet slutenplatser (bäddar) har minskat. Det har varit möjligt eftersom mammorna går hem med sitt barn tidigare än förut. Det är ett frivilligt val. Mammorna får tidigt reda på att de gärna får stanna kvar, men att kliniken är tillgänglig även hemifrån dygnet runt både för telefonsamtal och återbesök. "Hemgångarna", som Nilsson kallar dem, litar på oss. Vi lovar bara det vi kan hålla.

– Därmed har personalens arbetsuppgifter förändrats. Man har mer kontakt med nyblivna föräldrar som finns hemma, i stället för på sjukhuset. Så har det blivit därför att föräldrarna väljer tidig hemgång, det är lugnare och tryggare att vara hemma än att ligga i en sjukhussal. Särskilt när man vet att man har direktkontakt med sjukhuset så fort man önskar.

Men denna kvalitativa förbättring för patienterna har ställt till det för sjukhusets byråkrater. Där mäter man personalstyrkan i förhållande till antalet slutenplatser. Eftersom vi har minskat slutenplatserna, till förmån för rådgivning och hembesök, får byråkratin det till att vi är ineffektiva, säger en sjuksköterska. Minskar vi antalet sängar, skall vi också minska personalen.

Det märks att den här sortens stelbenta hållning gör läkare, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal vansinnig. Upprördheten blir befogad när man tänker på vilken makt byråkraterna sitter på när de fördelar budgetmedlen. De som har makten saknar

ofta insikt om hur kvalitetsarbete bedrivs, och hänger inte alls med i utvecklingen. Resultatet blir att makten i sin okunnighet motverkar förnyelse och utveckling.

Oförmågan att ta till sig nyheter bottenar i en tragisk och destruktiv motkraft till utveckling inom de offentliga systemen. Motkraften heter jantelagen. På min fråga om vilket det svåraste motståndet har varit, blir svaret just att omgivningen har svårt att erkänna dem som gör ett gott jobb. I stället för att vara nyfiken på hur man har gjort för att lära sig av framgångarna, är attityden ofta "och varför skulle ni vara så mycket bättre än oss andra?"

Framgångsrika bestraffas

Ett annat exempel på framgångsrik kvalitetsutveckling är lungmedicinska kliniken vid universitetssjukhuset i Linköping. Här har man lång erfarenhet av att utveckla öppenvården, den trend som blev påtaglig under 1990-talet. 1992 startade man ett kundorienterat kvalitetsarbete. Drivkraften för personalen var att inom gällande budget få loss medel och tid för forskning och utveckling.

Genom flödesscheman och andra verktyg kunde dubbelarbete och ineffektiva metoder tas bort och produktiviteten höjas. Patienternas önskemål och synpunkter ställdes i fokus. Och utvärderingarna visade på produktivitetsvinster och förbättrat patientbemötande. Men när frukterna av kvalitetsarbetet skulle skördas slog landstinget till med besparingar. Och lungmedicin blev inte bara av med de resurser man hade frigjort genom rationaliseringarna, utan fick därutöver ytterligare besparingsbeting. Man drabbades dubbelt så hårt som de kliniker som inte hade startat kvalitetsarbete.

– Självklart upplevde vi det som en bestraffning, säger klinikchefen AnnSofie Sommer. Hade vi inte lagt ner så mycket energi och fritid på kvalitetsarbetet hade besparingen kanske varit

hälften så stor. Nu reducerades personalen med en tredjedel, från 60 till drygt 40 årsanställda.

– Man kan undra vart alla pengar tar vägen. Det finns så många svarta hål inom sjukvården, tillägger hon, och konstaterar samtidigt att den egna klinikens kvalitetsarbete har gjort deras resurser synliga. Därför blev de ett tacksamt offer för kort-siktiga besparingar.

– Då var det tungt, berättar sjuksköterskan Marianne Rimås. Men eftersom vårt förbättringsarbete hade fokus på patienterna kändes det ändå meningsfullt att fortsätta. Kravet på medarbetarna att vara delaktiga och aktivt ansvarstagande är väl något som inte alltid har varit populärt hos alla, men i längden skapas ett ökat engagemang och ett mer prestigelöst arbetsklimat.

I stället för att peka ut syndabocker när det går fel, fokuserar vi på hur vi kan ändra metoder och arbetssätt så att det inte behöver hända igen. Vi löser helt enkelt problemen tillsammans. Trots att det ställer högre krav på all personal att hålla sig informerad och delaktig, innebär det i grunden att medarbetarna får bekräftelse på sin betydelse för arbetet.

Marianne Rimås visar mig många olika mätmetoder som kliniken använder för att ständigt utvärdera och följa upp arbetet. Produktiviteten har ökat och patienterna upplever att det mesta nu går fortare och smidigare. Utöver patienternas tillfredsställelse vann kliniken också erkännande då den 1996 erhöll "Utmärkelsen Svensk Kvalitet", USK, i konkurrens med privata företag som ABB, Ericsson och andra som tävlade det året. Lungmedicinska kliniken är den första och hitintills enda enhet inom offentlig sektor som har erhållit utmärkelsen.

Jag frågade AnnSofie Sommer vilket budskapet från lands-tinget i övrigt är till kliniken. Svaret kommer blixtnabbt:

– Håll budget!

Är man inte intresserad av den metodik ni byggt upp?

– Nej.

Lungmedicins personal upplever samma fenomen som kvinnokliniken jag besökte. De möts i det dagliga arbetet av pikar från andra. Exempelvis när man inte kan ta emot en patient meddetsamma, blir svaret "Inte? Och ni som har vunnit kvalitetspris ..."

Inte undra på att svensk sjukvård har problem. En organisation där man blir utsatt för trakasserier när man försöker och lyckas göra ett bättre jobb, är sjuk i grunden. En sådan organisation skall inte gödas med mer pengar. Pengar förlänger bara sjukdomen och skjuter nödvändiga åtgärder på framtiden.

Inte mer pengar

Svensk sjukvård behöver inte mer pengar. Inte fler händer. Den behöver en ny attityd. Ett nytt ledarskap. De många framgångsrika öar vården kan uppvisa har en erfarenhet gemensam: omgivningens irritation över andras lyckosamma utveckling. Det är denna destruktiva kraft som gör att alla de miljarder kronor som politikerna kastar på vård (och skola och omsorg) inte märks hos patienterna. Pengarna försvinner in i svarta hål av destruktivitet, rädsla och otydligheter i sjukvårdsorganisationen.

Det är oftast ingen medveten illvilja som gör att skattemedlen försvinner och inte kommer patienterna till nytta. Människor är människor, och vi fungerar i enlighet med de handlingsmönster som är rationella i de system där vi arbetar. Om det inte finns några belöningar, om man inte får någonting annat än skit när man arbetar extra hårt för att förbättra en avdelning eller klinik, då skall det mycket till för att orka arbeta på toppen av sin förmåga. Kostnaden i energi och kraft för att förändra motsvaras sällan av det resultat som går att uppnå.

Men vad driver en klinikchef som exempelvis Birgit Nilsson i Motala? Hon skall försvara kliniken nya sätt att arbeta uppåt i hierarkierna, samtidigt som hon skall få med all personal inom kliniken på att ändra invanda mönster och bryta upp revir. Uppgiften kan framstå som smått omöjlig. Hennes diplomatiska svar är att resultatet – en klinik där stämningen är god – talar för sig själv. Och att hon inte har blivit överkörd av byråkratin, förklarar hon med att kliniken alltid klarat av att hålla sig inom budget. Utan en budget i balans hade det inte gått, det är hon övertygad om. Då hade hennes kvinnoklinik hamnat i underläge i striden mot administrationen. Underförstått: då hade hon blivit tillplattad och nedvärderad för att ens ha försökt något så dumt som att förändra arbetet på en klinik.

Byråkratins enögda syn på vården har sin förklaring i att de officiellt ansvariga politikerna inte frågar efter något annat än, och uppenbarligen inte är intresserade av något annat än, att

budgeten hålls. Inom sjukvårdspolitiken diskuteras inte något annat än pengar. Det parti som föreslår högst anslag är godast. Punkt. Utvärdering, uppföljning och utveckling är främmande begrepp. Skulle någon på politisk nivå föreslå rationaliseringar, stämplas detta genast som illvilja och ondska av andra partier och politiker. Därmed ser politiker inte vilka som gör ett stort och viktigt pionjärbete för att förbättra sjukvården. Och detta nonchalerande av förnyare blir en signal som fortplantar sig nedåt i organisationen.

Den kombination av integritet, nytänkande och handlingskraft som klinikchefer inom öarna av förnuft visar är inte vanlig – någonstans. Och det är orimligt att dessa egenskaper skall till i sådan mängd för att verksamhet på denna nivå över huvud taget skall fungera. Organisationen skall ge stöd och underlätta ledarskapet, inte motarbeta och försvåra. Förklaringen finns i den oklara beslutsgången, uppdelningen i officiellt och inofficiellt, som gör att det för alla blir lättare och bekvämare att hacka ner på dem som gör något, än att göra något själv.

I ett sådant klimat avgör prestige och maktkamp hur och till vad pengarna går, inte patienternas behov. Överblicken tappas bort. Effektiviseringar och prioriteringar diskuteras inte under öppna och lugna förhållanden. Strategier saknas. Intriger och motsättningar dominerar. Verksamheten blir till slagträ i spelet i stället för den självklara utgångspunkten.

Viktigare än mer pengar blir i en sådan situation att mentaliteten förändras. Rakt igenom hela sjukvårdens organisation. Från den politiska toppen till golvstädningen i sjukhussalarna. Det utpräglade kundperspektiv som fick lungmedicinska kliniken i Linköping och kvinnokliniken i Motala att höja kvaliteten och produktiviteten, kan och måste givetvis genomsyra hela sjukvården. Varje enhet kan gå igenom och analysera för vem man är till, vem som är enhetens kunder. Alla som tar synsättet på all-

var får synnerligen nyttiga erfarenheter som ger nya perspektiv på arbetet. En del tycker det är oförskämt att man inte tror dem om att redan veta allt om ett arbete de har haft i många år. Men kundperspektivet öppnar nya tankebanor, nya sätt att se på det arbete man utför.

Om det arbete man utför i alla lägen värderas utifrån kundnyttan, får alla en rimlig och riktig måttstock att mäta sina prestationer emot. Arbetet blir tydligt, alla får ett gemensamt mål och en sammanhållen värdering genomsyrar hela organisationen. Då underlättas samarbete över gränser, man talar samma språk och delar samma synsätt. I stället för att slåss om skatte-medlen, blir det naturligt att se fördelen med andras kompetenser för att det egna arbetet skall få största effekt.

Politiseringen

En utpräglad kundorienterad sjukvårdsapparat skulle kunna göra oerhört mycket mer för de resurser som står till sjukvårdens förfogande. Om de händer som redan finns i vården används för patienternas bästa, i stället för till allt möjligt annat, skulle vård och omsorg fungera bättre än i dag.

Ansvar för att styra in sjukvården i nya tankebanor och bidra till en ny mentalitet är politikernas. Så länge de bara talar i kronor och ören, och vägrar se sjukvården som tjänster bland andra, kommer svensk sjukvård att uppvisa allt fler skandaler.

Tänk tanken att vi översätter begreppen från sjukvården på någon annan bransch inom tjänstesektorn. Till exempelvis telekommunikation. Då skulle man i riksdagen debattera hur mycket som skall avsättas för mobiltelefoni i landet. Näringsministern skulle tala om att man satsar nya resurser, men att telefonerandet måste hålla sig inom budgettakets ram. Nyheter som WAP (internetuppkoppling till mobiltelefon) skulle inte få användas av någon eftersom den offentliga budgeten inte avsatt några medel för sådant än. Och när det väl tillåts måste förslagsställaren

spara på någon annan post i budgeten. Därtill får ingen införskaffa nyheter som WAP för privata medel. Alla skall ha tillgång till telekom på lika villkor, därför skall allt vara offentligt finansierat. Om någon försöker starta vinstdrivande verksamhet på telekom föreslår ministern genast förbud mot företag med vinstdrivande intresse. Vinst är bara ett destruktivt sätt att "skumma resurser" ur telemarknaden. Vinsterna tar resurser från telefonringande kunder.

Det som är en enkel sanning för telekommunikation, att planekonomi leder åt skogen och förstör klimatet för utveckling och dynamik, är fortfarande lögn inom sjukvården. Där ser man inte att skattefinansiering leder till ett ransoneringstänkande som förstör entreprenöranda och håller tillbaka all utveckling – och personalens löner.

Sjukvården skulle kunna vara en dynamisk framtidsbransch. Den medicinska utvecklingen utvecklas lika snabbt som IT och telekommunikation. Under de senaste åren har exempelvis kirurgin revolutionerats. Det som för bara fem–tio år sedan krävde narkos och slutenvård i flera dagar görs nu med titthålskirurgi över dagen. Patienten kan gå hem efter några timmar. Ständigt nya preparat och metoder gör att sjukdomar som förr inte gick att behandla, nu går att bota.

Vetenskapen når nya framgångar slag i slag. Och det handlar inte om döda ting, om maskiner, utan om att människor som plågas av besvär och sjukdomar kan få ett drägligare liv och bli friska. Det kan inte finnas mycket som är viktigare än denna utveckling. Ändå kommer den inte människorna till del eftersom politiska ideologier låser fast sjukvården i en struktur som gör att introduktionen av nya effektiva metoder försvåras, eller enbart blir verktyg i helt meningslösa maktspel.

Personalökningar

Det finns ett annat skäl till att inte omedelbart kasta mer pengar över sjukvården. Trots allt tal om besparingar har vården i dag fler läkare och sjuksköterskor än någonsin. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, konstaterar att "den svenska sjukvården har expanderat i snabb takt. Mellan 1970 och 1990 mer än fördubblades antalet sysselsatta i sjukvården. Antalet läkare ökade med 126 procent och antalet sjuksköterskor med 156 procent."¹

Under 1990-talet har dessa personalkategorier ökat ännu mer. 1995 var antalet läkare 27 000, att jämföra med 24 000 år 1990 och 9 800 år 1968. För sjuksköterskorna är talen 94 600 (1995), 89 200 (1990) och 29 600 (1968).

Visserligen har antalet undersköterskor och -skötare reducerats under 1990-talet, ner till en nivå som i mitten på 1970-talet. Men den ändrade personalmixen förklaras av en ändrad vårdstruktur, där vård dagar inom korttidsvården har minskat och medelvårdtiderna sjunkit. Detta som en effekt av nämnda utveckling av behandlingsmetoder, där patienter inte längre behöver skrivas in och ligga över i slutenvård. Om patienterna kan opereras över dagen, minskar arbetsuppgifter för omsorg om patienterna.

I jämförelse med Danmark, Storbritannien och USA konstateras att Sverige ligger bra till vad gäller tillgång på läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare. Bortsett från USA har Sverige den högsta sysselsättningen inom sjukvårdssektorn (i och för sig inräknat förvaltnings- och administrativ personal) av dessa länder. I andelar av BNP är avståndet mindre, främst på grund av att läkare och sjuksköterskor är betydligt sämre betalda i Sverige än annorstädes. Detta som ett resultat av "generella fördelningspolitiska strävanden på den svenska arbetsmarknaden, inte

1. Personalresurser i svensk sjukvård, 1996

minst under 1970-talet”, som IHE-rapporten diplomatiskt konstaterar.

Slagord som att ”det behövs fler händer” i offentlig sjukvård är mot den här bakgrunden inte lika självklara som de kan låta. Det finns redan fler händer i vården än någonsin. Och det finns fler händer i vården än i andra västländer. Den väsentliga frågan är hur de används.

Bolagisering

Ett slagord från annat håll inom politiken är kort och gott ”bolagisera och privatisera sjukvården!”. Och visst finns viktiga erfarenheter av bolagisering. Exempelvis av S:t Görans sjukhus i Stockholm i början av 1990-talet. Genom åtgärden fick verksamheten chefer och arbetsledare som kunde svara ja eller nej på personalens förslag till åtgärder. Tidigare hade cheferna alltid fått föra frågorna vidare uppåt i landstingshierarkien. De hade inte kunnat föra vettiga diskussioner med personalen eftersom de inte hade någon auktoritet. De hade uppträtt som springpojkar åt byråkratin. Med bolagiseringen blev sjukhuset en egen juridisk enhet. Verkställande direktören hade mandat att fatta självständiga beslut. Politikerna bestämde fortfarande ramarna och de ekonomiska förutsättningarna. Men det skedde i form av kontrakt på ett eller flera år. Politiker och byråkrater kunde inte längre gå in i den dagliga driften och peta.

Detta upplevdes av de fackliga organisationerna som en så dramatisk förbättring att socialdemokraterna, efter sitt segerval 1994 inte har lyckats ”återställa” S:t Görans till ett vanlig landstingssjukhus. Personalens företrädare på sjukhuset hade äntligen fått en chef som kunde förhandla och stå för det som beslutades.

Bolagisering är en snabb och effektiv väg att i verkligheten genomföra decentralisering och delegering inom den koloss som landstingen är. Bolagisering kan alltså fungera som en metod att

skapa bättre fungerande arbetsordning inom sjukvården. S:t Görans visade sig också snart vara det enda sjukhus som kunde klara de sänkta prestationsersättningar som så småningom genomfördes. Andra sjukhus hade inte samma handlingskraft.

Men det finns också kritik mot S:t Görans från andra delar av sjukvården. Man menar att vårdkedjan inte har fungerat ordentligt eftersom sjukhuset ibland har utfört mer vård än som har krävts och ibland inte tagit tillräckligt ansvar för patienter och snabbt skickat iväg dem. Sjukhuset har handlat efter de ekonomiska kriterierna snarare än utifrån patientens behov.

Förklaringen är att det inte räcker med att göra olika sjukvårdsenheter självständiga. Hela vårdkedjan måste fungera för att vården skall bli optimal. Om en långtgående privatisering genomförs utan att landstingen i övrigt genomgår nödvändiga förändringar, flyttar maktspelet bara ut i de fristående bolagen som sinsemellan fortsätter att bolla patienter mellan varandra på ett ovärdigt sätt.

Ökad självständighet för vårdenheter kan ge tydligare ledning och förutsägbarhet inom enheterna, men detta löser inte andra centrala problem, som prioriteringar, strukturell förnyelse och patienternas rimliga krav på ökad makt över vården. Om självständiga enheter effektiviserar vården bör de frigjorda resurserna av ökad produktivitet kunna tillvaratas. Överkapacitet är ingen betjänt av. Överflödiga enheter måste kunna läggas ner och resurserna användas till andra vårdbehov, eller till att sänka skatten.

För att klara av sådana uppgifter krävs större förändringar av sjukvårdsorganisationen än bolagisering.

Stärk patientmakten

Fokus i sjukvårdsdebatten behöver med andra ord flyttas från hur mycket mer anslag sjukvården bör ges, till hur sjukvårdens struktur ser ut. Och då inte bara den politiskt infekterade frågan om hur mycket privat vård som skall accepteras. Det krävs ett helt nytt perspektiv på helheten.

Det handlar om

- 1) hur patientmakten skall stärkas
- 2) hur maktspelet och de svarta hålen kan elimineras
- 3) hur en ny och konstruktiv roll för demokratin kan byggas.

I dag bestäms patienternas vårdbehov inte av medborgarnas (i egenskap av skattefinansiärer) eller patienternas (i egenskap av vårdkonsumenter) egna prioriteringar, utan av maktstrider över deras huvuden. Genom intern lobbying kan en viss vårdgren, oberoende av medicinska skäl, erhålla betydligt större resurser än andra. Politiskt röstfiske resulterar i att små och vanliga krämpor – som medborgarna själva skulle kunna betala läkemedel och behandling för – prioriteras framför de färre men obotligt eller svårt sjuka.

Ingen som funderar igenom dessa prioriteringsfrågor håller med om att skattemedlen skall gå till lättare krämpor före döds-sjuka. Ändå går inriktningen i dag tydligt åt just det hållet. Kraven på att allt mer skall inkluderas i högkostnadsskyddet är ingenting annat än att lägga offentliga resurser på småkrämpor och välbefinnande, vilket självklart medför att det blir mindre kvar till svårare sjuka.

Politikerna visar sig oförmögna att avstå från kortsiktigt röstfiske och är därmed inte kapabla att göra viktiga prioriteringar. När förslag om att inkludera psykoterapi i vårdgarantin uppkom i min sjukvårdsstyrelse, ställde jag frågan vad en sådan garanti kostar och vilka effekter den får på annan vård, exempelvis äldrevården. Ingen kunde svara. Ingen visste hur många som

skulle begära psykoterapi enligt vårdgarantin, som på den här tiden var ett instrument för att prioritera upp operationer och behandlingar av särskilt angelägen natur. Om garantin skall fungera som prioriteringsverktyg får den inte omfatta för mycket.

Ändå fattades beslutet att psykoterapi, av jämställdhetsskäl (de flesta patienterna är yngre kvinnor), skulle omfattas av vårdgarantin. Om det tog resurser från de äldsta och sjukaste brydde man sig inte om. Inte heller att vårdgarantin som prioriteringsinstrument urholkades. Beslutet sågs som ett slag för jämställdheten. Och därmed gott i sig.

Skälet till dessa allvarliga snedvridningar är att medborgare och patienter inte själva ser kostnaderna. Diskussionen handlar om hur mycket som skall vara gratis. Och vem skulle inte önska att allt var gratis. När folkmajoriteten ser till sina egna behov kring småkrämpor blir trycket på att göra just dessa gratis som allra starkast. Resonemang utgår från att det inte finns några konsekvenser. Allt borde ju vara gratis. Att tillgängligheten till och möjligheten att bedriva avancerad vård därmed försämrats finns inte med i kalkylen.

Opinionsbildningen spelar på journalismens villkor, och den är "konsekvensneutral" som det så fint heter. Man tar inte ställning till vilka konsekvenser en viss nyhet eller ett visst krav kan få. Man kräver potensmedlet Viagra en dag. Tanken att skattesubventionerad Viagra kostar en halv miljard kronor om året, pengar som skulle kunna användas till något annat, existerar inte. Nästa dag kräver man mer personal i äldrevården. Tanken att detta krav kanske gör det nödvändigt att dra in subventionen av Viagra, finns inte. Konsekvenserna saknas. Allt skall ju vara gratis. I drömmarnas värld.

Enda sättet att göra det möjligt för medborgare och patienter att värdera olika insatser är att sätta prislappar på dem. Medborgare, som försäkringstagare av sjukvårdsförsäkring, och pati-

enter, som vårdkonsumenter, måste själva kunna prioritera och ta ställning till vad som är viktigast och vad det får kosta. I en utvecklad demokrati är det också rimligt att kunna göra individuella val och inte vara hänvisad till kollektiva prioriteringar som bestäms av någon annan. På samma sätt som vi kan besluta om våra matinköp – inte bara vilka varor vi skall köpa, utan också välja mellan olika märken och sorter – måste vi som vuxna människor kunna påverka hur vi skall försäkra oss om vård innan vi behöver den och hur den utförs när vi behöver den.

Domedagsprofeter hävdar säkert att människor då kommer att välja det näraliggande, kortsiktigt livsnjutande framför att tänka på vården på gamla dar. Motfrågan blir: är dagens kollektiva makthavare, politikerna, så mycket bättre på att tänka långsiktigt? Svaret är nej. Just det kollektiva ansvaret är en orsak till att äldrevården inte fungerar väl. Ökat individuellt ansvar skulle höja intresset för att tänka långsiktigt. Då blir det ju den egna framtiden det handlar om. Det är ett sundare perspektiv än politikens, som går ut på att agera så att man blir omvald i nästa val om något eller några år.

Individuellt ansvar för den egna sjukvårdsförsäkringen stärker medborgaren när han eller hon blir patient, eftersom patienten då tydligare är kopplad till de pengar som sjukvården får för utfört arbete. Patienten får en roll som mer liknar kundens på marknaden. Den sjukvårdsinrättning som inte utför ett gott jobb får räkna med att patienterna går någon annanstans. Och tar pengarna med sig. I ett sådant system får misskött enheter lägga ner verksamheten. Sambandet mellan patienten och sjukvårdens levebröd blir starkt, vilket stärker patientens makt och ställning. Fokus vänds från intern huggsexa till kundtillfredsställelse.

En annan effekt av ett ökat individuellt baserat betalningssystem är att vi som medborgare och patienter kan höja vår sjuk-

vårdskonsumtion. Sjukvårdens andel av BNP är lägre i Sverige än i många andra länder. Högst sjukvårdskonsumtion har USA, ett land som inte är berömt för sin socialpolitik. Ändå är det så att USA i grova drag har en lika stor andel offentligt finansierad sjukvård som Sverige; omkring sju procent av BNP. Det intressanta är att amerikanerna därutöver konsumerar ytterligare närmare sju procent av BNP i sjukvård, men då genom frivilliga försäkringar. Den solidariska finansieringen står i det mindre ideologiskt dogmatiska USA inte i motsatsställning till att medborgare också skall kunna konsumera sjukvård därutöver. Här finns en flexibilitet som Sverige ännu saknar.

En orsak till att man i USA satsar mer på sjukvård är således att medborgarna själva avgör hur mycket man vill lägga ner på sjukvårdstjänster utöver det offentliga. Möjligheten att lägga till och köpa mer vård och behandling är öppen. I Sverige är det precis tvärtom. De resurser politikerna avsätter är vad som står till buds.

För vanliga medborgare är det i praktiken omöjligt att utöka sin vårdskonsumtion. De som redan har betalt mer än halva lönen i skatt, har förlorat friheten att prioritera sjukvård. Dessutom strider individuella önskemål mot den sorts solidaritet och jämlikhet som präglar det socialistiskt anstrukna politiska perspektiv som ännu dominerar i vårt land. Om inte alla kan få en viss tjänst gratis via landstingen, skall ingen få möjlighet till den. Det är ett groteskt resonemang. Det är som att säga att mobiltelefoner skall förbjudas till dess alla medborgare kan få tillgång till en.

På de flesta andra samhällsarenor är detta socialistiska tänkande sedan länge dött och framstår som korkat. Den som åker första klass på tåget betraktas rätteligen inte som osolidarisk med de som åker i andra klass. Båda får samma tjänst, huvudsyftet med resan, tillgodosett: de når resmålet samtidigt. Men inom sjukvårdspolitiken lever den förtryckarideologin kvar.

Därför anses det som osolidariskt och extremt utmanande att öppna för valmöjligheter inom sjukvården.

Perspektivet är så låst att det anses extremistiskt att ens yppa förslag om ökad mångfald. Få tycks ha tänkt tanken att om sjukvården kan få tillgång till mer pengar från medborgare som vill satsa extra och det blir lönsamt att erbjuda olika val, då ökar sjukvårdens samlade kapacitet och kvalitet. Sjukvården skulle kunna återfå sin rättmätiga status som en av de viktigaste och mest avancerade tjänsteproduktionerna i samhället.

Med ökad mångfald skapas ett klimat som gynnar prövandet av nya metoder för omsorg och patienttillfredsställelse. På samma sätt som den snabba och helt fantastiska vetenskapliga medicinska utvecklingen sker främst i utpräglad kommersiella läkemedelsbolag. Om läkemedelsforskningen hade förbjudits att ha vinstintressen och varit hänvisad till samma system som sjukvården, hur hade utvecklingen då sett ut? Skrämmande tanke.

Det är en katastrof att politiska och ideologiska låsningar, som hör hemma i en sedan länge passerad tidsepok, får förstöra möjligheterna för svensk sjukvård. Alla, och främst de minst bemedlade, förlorar varje dag på detta hjärnsnöke.

Hur en ökad individuell koppling till sjukvården kan åstadkommas är en komplicerad fråga. Sjukvård är mer komplicerad än skola och äldreomsorg. Sjukvård spänner över allt från piller och öppenvård till psykiatri och akutsjukvård. Hur mixen mellan skattefinansierade basbehov och individuellt ansvar skall se ut är också ett problem som kräver mycket diskussion och eftertanke.

Men det viktigaste nu är att en sådan diskussion kommer igång. I dag är det stört omöjligt att i en normal samtalston resonera kring frågan. Att seriöst och konstruktivt ta problem som dessa på allvar överröstas omedelbart av oresonliga rop om orättvisa och rå egoism. Det vore ett stort fall framåt om man uppnådde detta blygsamma mål: att sätta igång diskussioner

om hur patientens finansiering, indirekt och direkt kan balanseras för att öka patientmakten så att sjukvårdskonsumtionen svarar mot de prioriteringar och önskemål som medborgarna har.

Täpp till de svarta hålen

Sjukvårdens ekonomiska styrsystem är bottenlöst katastrofala. Ingenting fungerar. Ja, annat än maktintriger, ryckighet och nyckfullhet. Av detta följer otrygghet, låg motivation att utvecklas och en jantelag som bestraffar dem som försöker.

Effektivisering är i dag ett hot, inte en möjlighet. I den planekonomiskt organiserade svenska sjukvården saknas den dynamik som utvecklar och förfinar en verksamhet. Och skulle en idé uppstå som sänker kostnaderna samtidigt som kvaliteten förbättras, tas idén inte tillvara eftersom sänkt omsättning betyder sänkt prestige för ledningen. Omsättningen är måttet på verksamhetens betydelse. Vinsten av en effektivisering stannar inte heller hos dem som står för den.

Många försök har gjorts med att låta en del av budgetöverskottet stanna på den klinik som har varit effektiv, men överskottet har alltid i slutändan dragits in efter att ha fallit offer för maktspelet. Löftesbrott är kutym i vårdorganisationen. Därför finns heller ingen anledning att visa upp överskott. Alla gömmer undan så mycket resurser man kan. Och med de undermåliga budgetsystem som tillämpas är detta möjligt. Det är också allom bekant att inköp och konsumtion brukar öka i slutet av ett budgetår om verksamheten inte har konsumerat sin budget. Beteendet är absurt och ett bevis på att sjukvårdens resurser används huvudlöst.

Obalanser i maktstrukturen ger fel fokus. På marknaden är det kunden som betalar för köpta tjänster och därmed är det kunden som prioriterar och avgör vad man betalar för och hos vem. Inom sjukvården är kundens roll splittrad: politikerna sitter på

skattepengarna som finansierar vården, medan patienterna konsumerar. Det leder till flera problem.

- Den medicinska professionen har inte så mycket för att rikta sig till sina egentliga kunder, patienterna, utan koncentrerar sig med nödvändighet på att erhålla medel från landstinget som håller i pengarna. Pengarna styr, även i en planekonomi.
- Politiker prioriterar inte som patienterna. Alla patienter skulle förmodligen prioritera god vård i akuta situationer och i slutet av livet, men ändå beslutar politikerna att prioritera högkostnadsskydd för bantningspilller och potensmedel, eftersom medelålders bantare och impotenta är mer aktiva väljargrupper än 85-åringar som inte själva kan ta sig ur sina sängar.
- Byråkratin får den obefogat största makten eftersom den kan spela ut politikernas och vårdprofessionens preferenser mot varandra i de beslutsunderlag som byråkratin har privilegiet att lägga fram. Dessa beslutsunderlag är undermåliga i alla avseenden – såväl om ekonomi som om produktivitet – och skulle aldrig accepteras på en öppen marknad. Beslutsunderlagen är en del av intrigspelet, i stället för verktyg att leda och styra verksamheten på bästa sätt.

Tjänstemän är ovärderliga och helt nödvändiga för att sjukvården skall fungera. Men de skall inte på basis av den makt som information ger, styra och leda sjukvården. Byråkratin måste återgå till sin stabsfunktion. Där den hör hemma.

Vem skall då leda? I en fungerande marknadsekonomi, det ekonomiska system som genom hela mänsklighetens historia har visat sig överlägset varje annan form av ekonomisk organisation, finns inget envälde. I stället finns olika funktioner och roller som måste fyllas för att balansera och kontrollera varandra. Planekonomiskt envälde leder fel. Detta är dagens sjukvård ett sorgligt bevis på.

En sådan balanserande maktfaktor har nämnts: större patientmakt. Patienterna måste kunna styra, och ta ekonomiskt ansvar för, sin konsumtion.

En annan är den medicinska professionen, som inom sina verksamhetsfält måste ges autonomi att få sträva efter att utveckla högsta möjliga medicinska nivå och omvårdnadskvaliteter. Vårdproduktionen måste skötas utan att byråkrati och politiker lägger sig i det dagliga arbetet. Vården måste kunna lägga upp metoder för långsiktig arbetsledning. Självständighet i arbetsledningen kan uppnås genom bolag eller andra lösningar som mycket tydligt drar en gräns mellan politik och produktion.

En tredje balanserande makt är demokratin och politiken. Den har en roll, men inte som enväldig monarki, utan enbart som en av de funktioner som har inflytande över vården.

Demokratins roll

Den demokratiska styrningen av sjukvården är formellt mycket stor. Reellt är den däremot närmast obefintlig. Det betyder att förändringar som innebär formellt minskad makt, ändå innebär reellt sett ökat inflytande. Detta något invecklade samband bör vi ha i minnet när vi diskuterar hur demokratins roll bör formuleras.

Främsta skälet för att skattefinansiera vård är att trygga den för obemedlade. Det är politikerna som skall fördela skattemedlen så att detta mål uppnås. Men då politikerna i realiteten saknar information och insikt i hur resurserna används, är de oförmögna att se till att det grundläggande målet uppnås. Därför driver de mest hjälplösa människorna, de som både är psykiskt sjuka och missbrukare, omkring som uteliggare. De är besvärliga för professionen, för få för att vara röstmässigt intressanta för politikerna och därför heller inget som byråkratin prioriterar. Mycket tyder nu på att de äldsta medborgarna har hamnat i samma kategori. Om de inte har sparat en förmögenhet och kan

uppträda som kunder på riktigt, lämnas de ofta ensamma i sina sängar utan att få komma upp.

De radikala förändringar som behöver ske, och som nämnts ovan, är att patienterna får större makt och vårdprofessionen ges självständighet över arbetsledning och produktion. Patientmakten kan exempelvis utövas genom full valfrihet och att skattemedlen följer med patienten. Vårdprofessionens självständighet uppnås genom bolagisering eller andra vägar att göra vårdenheter fristående och autonoma gentemot politisk styrning.

Vilken blir då politikernas och demokratins roll? För det första är politiker inte synonymt med demokrati. Med ökad individuell patientmakt erhåller medborgarna en status som tillhör demokratins högsta ideal: fria medborgare. När makten ligger i medborgarnas händer, minskar behovet av representativ makt. Den representativa makten, alltså politikernas makt, som folkets talesmän mot andra makthavare i samhället, har i många avseenden spelat ut sin roll. I egenskap av kunder bestämmer vi alla i dag betydligt mycket mer över våra liv, än genom att rösta vart fjärde år.

Att försöka återupprätta den starka representativa demokratiska makten står helt enkelt i strid med samtidens uttolkning av direkt demokratisk makt.

Med andra ord bör politikens makt begränsas till lagstiftning som ger ramarna för sjukvårdens verksamhet och avgöra hur stor den kollektivt finansierade andelen i systemen skall vara. Två ytterligare uppgifter för politiken är att övervaka och kontrollera kvaliteten i sjukvården samt upprätthålla en subsidiär roll för dem som inte kan tillvara ta sina intressen som patienter.

I en sådan verklighet har det gamla folkrörelseidealet inom politiken spelat ut sin roll. Det behövs inte längre mängder av styrelser, som mycket få av medborgarna för övrigt känner till.

Landstingen kan helt enkelt lägga ner. Istället skulle folket kunna välja förtroendevalda till en ny sorts sjukvårdsombudsman som tar emot klagomål och granskar sjukvårdens kvalitet på skattebetalarnas uppdrag. Det subsidiära ansvaret för patienter utan möjlighet att tala för sig själva kan decentraliseras till kommunerna.

Till sist

De villkor som svensk sjukvård i dag lever under, där systemen driver fram destruktivitet och handlingsförlamning snarare än stimulerar utveckling, där hjälper inga pengar i världen. Först måste sjukvården bli en miljö där konstruktivt förnyelsearbete är meningsfullt.

Den som menar allvar med att Sverige skall ha god sjukvård, måste slita av sig skygglapparna och börja diskutera realiteter. Den här rapporten har inga färdiga svar, utan syftar till att provocera fram en diskussion om sjukvårdens organisation och framtid. Om vi inte vågar bryta med gamla tabun och söka nya vägar att uppnå de demokratiska och solidariska idealen, kommer sjukvårdens situation att kontinuerligt förvärras.

Det är ingen betjänt av.

Stockholm i oktober 1999

Dick Erixon