

Att vårda liv



Organisation, etik, kvalitet

Edgar Borgenhammar

Att vårda liv

Organisation, etik, kvalitet

Att vårda liv

Organisation, etik, kvalitet

Edgar Borgenhammar

SNS Förlag

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm

Att vårda liv: Organisation, etik, kvalitet

Edgar Borgenhammar

1:a upplagan

1:a tryckningen

© 1993 Edgar Borgenhammar och SNS Förlag

Omslag och typografi: Nyeboelle Grafisk Form

Omslagsillustration: Detalj ur glasfönstret "Healing of the sick"
av Stephen Adam, 1879, kapellet vid Royal Infirmary, Glasgow,
Skottland. Foto: William Paterson.

Sättning: Gyllene Snittet, Helsingborg

Tryck: WSOY, Finland 1993

ISBN 91-7150-470-2

Innehåll

Förord • 7

1. Att vara patient • 9
2. Tendenser • 15
3. Styra eller styras? • 30
4. Ohälsa igår, idag och imorgon • 43
5. Perspektiv på hälsa • 64
6. Etiska synpunkter på prioritering • 85
7. Etiska dilemman • 110
8. Vad är acceptabel risk? • 137
9. Sjukvårdens nivåer • 155
10. Sjukhusens roll • 167
11. Aktörer och strukturer • 187
12. Lokomotiv eller konvoj? • 200
13. Marknadsstyra eller marknadsyra? • 223
14. Hälsans nya pris • 244
15. Kan man lita på sjukvården? • 268
16. Paradigmskifte i välfärdspolitiken? • 295
17. Liv igen • 307

Förord

Det finns inget område i samhället som allmänheten har större förtroende för än sjukvården. Medan tilltron till banker och regering minskat håller sjukvården sin tätplats år efter år.

Nu förändras sjukvårdens organisation. Det sker i en takt som få trodde var möjlig för några år sedan. Resultatenheter, köp- och säljsystem, konkurrens och kortsiktigt marknadstänkande... Vilket utrymme kommer att finnas för förebyggandet? Effekterna visar sig kanske först efter 10, 20 eller 30 år.

Det berättas att på Himalayas berg finns en vis man som har en ovanlig förmåga. Han kan se in i framtiden. Många åker för att besöka honom, för framtiden har alltid fascinerat. Men det finns något som är svårare. Det är att se nuet och att göra någonting åt det.

Tre faktorer har inflytande över vad som sker i en organisation, menade den tyske sociologen Max Weber. För det första traditionen. För det andra organisationsstrukturen. Och för det tredje ledares karisma.

Organisation handlar liksom traditionell vetenskap om att dra gränser. Ledarskap handlar om att överskrida gränser. Vi behöver både organisation och ledarskap i vården. Att göra upp med traditionen och förändra regler kan vara lika viktigt som att följa fixerad fason. Om den nya generationen ständigt hade gjort som föräldrarna önskat skulle vi nog fortfarande leva i stenåldern.

Vård handlar om kultur, om det som för oss människor närmare varandra. Kommunikationen är en nyckel. Den är ett svårt ämne. En historia berättar om gentlemannen i delikatessaffären som ville köpa en burk sardiner: "Ska det vara spanska, portugisiska eller danska?" – "Det gör detsamma, jag ska inte kommunicera med dem." Den som följt sjukvårdens utveckling under några årtionden minns tillräckligt av den sortens "gentlemän".

Den här boken har ett bestämt syfte: att stimulera förändring för mänskligare vård. Att bidra till diskussion om patientens situation och önskemål (kapitel 1). Att analysera viktiga tendenser i omvärlden (kapitel 2). Att reflektera över vad som är påverkbart (kapitel 3). Behovens förskjutning över tiden tas upp (kapitel 4), likaså skilda synsätt på hälsa (kapitel 5). Prioriteringsfrågor penetreras (kapitel 6) och etikens betydelse behandlas (kapitel 7).

Ett av de problem som synes öka i samhället är oförmågan att hantera livets risker och osäkerheter. Tillit är en känsla och övertygelse att saker och ting reder upp sig så bra som rimligen kan förväntas. Tillitsbrist har tre beståndsdelar: känslan av egen oförmåga, misstro gentemot andra och brist på tro att livet har mening. Kapitel 8 diskuterar skilda sätt att se på vad som är acceptabel risk. Hälso- och sjukvårdens nivåer genomgås översiktligt (kapitel 9) och sjukhusens roll ställs under diskussion (kapitel 10).

Organisationsstrukturens och chefskapets betydelse granskas (kapitel 11) och två principiellt olika modeller för organisation, symboliserade av lokomotivet och konvojen, diskuteras (kapitel 12). Kapitel 13, "Marknadsstyra eller marknadsyra?", analyserar tre principiella mönster och deras för- och nackde-

lar. Det sker mot bakgrund av strävandena mot decentralisering och marknadsorientering. Hälsoekonomi har blivit ett omdiskuterat ämne, och kapitel 14 sätter frågetecken för föreställningar om kostnadsberäkningars exakthet.

Kapitlet 15, "Kan man lita på sjukvården?", är ett av de centrala. Det handlar om vad vården ytterst är till för: att nå resultat. Kvalitetsfrågorna måste ägnas mer intresse än hittills. I kapitel 16 vidgas perspektivet. Här handlar det om välfärdssystemens framtid. Vilka är den skandinaviska modellens möjligheter i europeiskt perspektiv, där subsidiaritetsprincipen får allt större intresse? Det avslutande kapitel 17, "Liv igen", för oss tillbaka till patienten och hennes situation.

Vad är väsentligt i ledarskapet, i vården, i livet? Cheltenham's sjukhus har fått the "Loo award" för Englands vackraste och mest välskötta offentliga toaletter. Alla nitton har sjukhusdirektören och hans närmsta chefer själva målat om en sen kväll med skänkt färg. Sedan dess har ingen klottrat.

Det berättas att på Östgötaslätten finns en vis kvinna som har en ovanlig förmåga: att se nuet och att göra någonting åt det. Att skapa förändring och få folk med på noterna. Där får den patient som önskar, och som har någon anhörig som vill ställa upp, stanna kvar i hemmet och få vård också i slutskedet. På så sätt undviks inläggning på sjukhus. Läkarservice garanteras vid behov inom 30 minuter. Sjuksköterska och undersköterska behandlar och omvårdar. Psykologiskt och praktiskt stöd ges till den sjuke och dennes närstående. Det en gång kompakta motståndet mot "sjukhus utan väggar" håller på att mjukas upp. Ett klimat för lyhördhet har skapats. Klinikchefen hör av sig till de anhöriga och skickar julkhälsningar. Om vården ska få mänskligt ansikte måste empatin finnas med, inlevelsen i den andres situation. Det är när vi delar med oss av oss själva som vi når fram till vår egentliga kärna.

Långsamt, oändligt långsamt vaknar svensk sjukhusfixerad vård till insikt om alternativ. Att distriktssköterskan och allmänläkaren är resurser att räkna med, vid sidan av specialisterna. Att det finns väsentligare frågor än organisatoriska pseudoförändringar att arbeta med. Att incitament, också andra än ekonomiska, spelar roll.

Boken vänder sig till studerande inom skilda vårdyrken. Den är aktuell inte minst vid fortbildning av hälso- och sjukvårdens personal. Administratörer och politiker bör ta del av den, liksom den allmänhet som vill veta mer om tendenser och möjligheter att möta kraven i dag och i morgon. Det är en diskussionsbok om förändring och en lärobok om ledning. Den presenterar erfarenheter, modeller och forskning, egen och andras. Den är skriven med avsikten att var och en som är engagerad i vård ska kunna ta den till sig och diskutera möjliga förbättringar.

Boken pekar på vikten av att ledningen vet vad hälso- och sjukvården ska användas till. Kreativitet och mångfald måste ges större utrymme. En bärande tanke är att etiken bör få ökad betydelse i chefers arbete och politikers beslut. Det handlar om en anda, en verksamhetskultur. För i det som är finns något mer än det som synes vara.

Göteborg den 10 februari 1993

Edgar Borgenhammar

1. Att vara patient

- Vad medger budgeten?* 9 • *För få eller för många undersökningar?* 9 • *Två köer* 10 • *Vem är chef?* 10
• *"Damen i kassan"* 11 • *Så här skulle Liv vilja ha det* 11
• *Synpunkter* 12 • *Diskutera* 14
-

Jag heter Olivia, kallas Liv och kom till jorden för 55 år sedan. Mitt hjärta fungerade inte som det skulle. När jag var några år gammal gjordes en stor hjärtoperation. Efter hand har jag fått besvär med hjärtats rytm. Problemet började i 25-årsåldern och har återkommit sex, sju gånger om året.

För fem år sedan blev besvären värre. Under flera månader fladdrade och rusade hjärtat dagligen. För fyra år sedan fick jag en så kallad elkonvertering gjord på Norrsjukhuset så att hjärtat skulle gå i normal rytm. Jag har fått starka mediciner. Även om de är effektiva för hjärtat ger de biverkningar: kronisk diarré.

Vad medger budgeten?

Nyligen fick jag en "hjärtattack" igen. Den kom efter en krävande arbetsvecka med mycket övertid. Jag ringde sjukhuset. Tre månader tidigare hade min företagsläkare sänt en remiss för undersökning, men jag hörde inte något från sjukhuset. När jag fick "attacken" ringde jag akutmottagningen och frågade om jag behövde vänta länge. "Vi kan inte ge några garantier", sa de.

Efter lång väntan blev jag undersökt och inlagd. En ny elkonvertering var aktuell. Jag utrustades med instrument för övervakning hela tiden. Jag fick nya mediciner. Dagen därpå rusade hjärtat bara jag reste mig. Dosen av hjärtpåverkande läkemedel ökades igen. När jag duschade kom personalen in och sa att hjärtat slår 210 slag i minuten, så jag måste genast lägga mig.

Efter en vecka på sjukhuset förklarade överläkaren att lösningen skulle vara en pacemaker. Jag är tveksam. Om jag ska opereras tror jag att en defibrillator av en ny typ, som kostar så mycket som 170 000 kronor, är lämpligast. En vanlig kostar ca 25 000 kronor. Jag har fått veta att sjukhusets budget inte medger den dyrare. Jag skrevs ut.

För få eller för många undersökningar?

När jag varit hemma i tre veckor fick jag feber. Efter några dagar med närmare 40 grader åkte jag till infektionskliniken. Där tittade en ung läkare på mig, klämde på magen och lyssnade på lungorna. Han bad en undersköterska ta temperaturen med en ny apparat i örat, det tog bara två sekunder. "37,3", sa undersköterskan. Läkaren sa att det kanske var lika bra att jag åkte hem. Det gjorde jag även om jag kände mig väldigt dålig. Några prover togs inte. När jag åkte hemifrån var febern 39,8. Väl hemma igen visade min termometer 40,1.

Dagen därpå är morgontemperaturen 40,2 grader. Jag ringde infektionsklinikens akutmottagning. De sade att jag kunde komma. Jag slussades direkt till en vårdavdelning.

Sju provrör fylldes med blod för analys, bl a bakterieodling. Jag fick injektioner i armen med ett antibiotikum som har brett verkningsområde.

Efter några dagar ska jag ultraljudsundersökas. Då upptäcks något som läkaren tror är en varhård på fyra gånger sex centimeter. Den ligger mellan levern och vänster njure. Doktorn sticker två gånger för att undersöka innehållet. Där finns inget var. I stället är det en utvidgning av ett blodkärl som han har stuckit i, ett så kallat hemangiom.

Två köer

Vid rondens nästa dag får jag veta att man vill undersöka utvidgningen med datortomografi. Väntetiden är fem dagar. Eftersom jag är feberfri frågar jag om jag kan gå hem och komma tillbaka för undersökningen. "Nej", svarar sjuksköterskan. Då skulle jag nämligen hamna i öppenvårdskön, och den är sex veckor lång. Efter fem i mitt tycke meningslösa dagars väntan på vårdavdelningen utförs undersökningen.

Inga överraskande fynd görs vid tomografin, men för säkerhets skull vill läkarna ha en ny undersökning gjord om fyra dagar. Under tiden ska jag ligga på sjukhuset. Jag säger att det går jag inte med på, eftersom jag inte kan se något vettigt syfte. Jag vill inte heller utsätta mig för joniserande strålning i onödan. Läkaren säger att stråldosen är "ganska liten" och det är en trygghet att få en extra undersökning gjord. Jag klargör att jag mår rätt illa av den liter kontrastmedel som jag måste sätta i mig i förväg och den injektion av jod som ges i armen.

Jag tycker inte att man lyssnar till mina invändningar, behandlas som ett kolli. Kontakten med läkaren ger mig inget förtroende. Kan han inte sina saker? Är han ointresserad? Eller både kompetent och intresserad men dålig pedagog utan förmåga att förmedla tillit? Kanske rädd och osäker inför patientkontakten och kompenserar genom att spela överdrivet auktoritär?

Vem är chef?

Jag frågar sjuksköterskan vem som är klinikchef. Det vet hon inte. Hon säger att hon bara arbetat här i tre månader. Sjuksköterskan som kommer med medicinbrickan vet: Nu heter det basenhetschef sedan budgeten decentraliserats. Men han är inte på avdelningen nu för tiden, han har så mycket administrativt att syssla med. Jag funderar över om det betyder att han omvandlats till bokhållare och behandlar datalistor. Om han diskuterar kvadratmetershyran på lokalytor med ekonomichefen.

Vad kan sjukhusledningen syssla med? Skriver den promemorior till politiker om optimala styrmodeller och om serviceproduktionens målinriktning? Yttrar den sig om utredningar angående centraliserad decentralisering? Söker den efter en identitet i största allmänhet? Är den någonsin på sjukhuset?

Efter den andra datormografin och åtta röntgenbilder skrivs jag ut. Vad som orsakade febern vet man inte. Kanske urinvägsinfektion.

”Damen i kassan”

Återbesök för provtagning efter tre veckor. Anmäler mig i klinikens information. Där sitter en dam och sorterar papper. Hon tittar inte upp när jag kommer. Efter fem minuters väntan går jag. Då ropar hon: ”Vad är det ni vill?” Jag säger att jag kommer för provtagning på överenskommen tid. Hon säger att då ska jag betala etthundrafemtio kronor. Jag frågar om jag kan få betala efter provtagningen så att jag kan hinna hämta ut pengar från bankomaten i besöks-hallen. Det går hon till slut med på.

När jag återkommer efter läkarbesöket finns ingen i informationsluckan. Intill står tre vitrockade och samtalar. Jag frågar om de vet när det kommer någon. De säger att det är kafferast. Efter väntan betalar jag. Jag går hem med en fundering om det måste vara så här, om patienten måste känna sig nedtryckt och till besvär.

Nytt besök efter en vecka. Sedan jag väntat en timma möter jag en ny läkare som säger att proverna ligger inom normalvärdena. Det här beskedet kunde jag ha fått per telefon eller brev i stället för att behöva åka till sjukhuset. Läkaren vill att jag ska komma igen för ny datortomografi om tre månader. Det tänker jag inte göra. Jag har ännu inte hört något om den pacemaker som hjärtläkaren ansåg att jag bör ha.

Hemma igen. Tanken går till mina kontakter med sjukvården. Används resurserna på bästa sätt? Vilken inställning har personalen till oss patienter? – Nog är det en hel del som borde vara annorlunda.

Så här skulle Liv vilja ha det

Jag vill ha möjlighet att träffa samma läkare vid planerade återbesök, inte möta nya, obekanta ansikten. Jag vill inte vänta i timmar på grund av dålig planering. Jag tycker att en läkare bör kunna ringa upp när det nu är så svårt att komma fram under den begränsade telefontiden. Behöver den förresten var så begränsad? Varför är bara doktors tid viktig, inte min?

Jag vill få besked inom en vecka hur lång tid det dröjer från remiss tills jag får komma. Min remiss från företagsläkaren hittade jag glömd i min journal, som jag efter mycken misstänksamhet fick läsa.

Jag vill att den som tar emot mig när jag kommer till akutmottagningen med hög feber ska vara erfaren och inte underläkaren.

Jag önskar att sjukhusens akutmottagningar vore uppdelade på två linjer. En som tar hand om enklare fall. Där kan en erfaren distriktssköterska kanske vara nyckelperson. Den andra linjen kunde ta hand om de allvarigare fallen. Varför skulle man inte kunna skilja på planerad versamhet och akutbesök?

Jag vill veta varför olika prover tas, varför undersökningar görs. Vad tänker man föreslå för åtgärder om svaren går i ena eller andra riktningen? Jag ifrågasätter mängden av prover och dubbelundersökningar som jag ständigt utsätts för.

Jag vill att det ska anses normalt att jag får vara med och göra min röst hörd när det bestäms vad som ska göras med mig. Det får jag enligt lagen, men den har inte trängt igenom i praktiken.

Jag vill veta vem som är min ansvarige läkare av hela det gäng som finns

med på rondan. Jag vill också få tillfälle till ett personligt samtal i lugn och ro med doktorn. Varför man går den ritualmässiga rondan varje morgon förstår jag inte.

Jag vill att det ska finnas en vårdplan för mig. Nu känns det som om saker och ting görs slumpmässigt. En sådan plan skulle ge mig större trygghet. Den kunde vara underlag för samtal om strategin i behandlingen.

Jag vill att någon sjuksköterska eller undersköterska ska ha hand om arbetsuppgifterna för mig under ett arbetspass. Nu springer många personer om varandra, ut och in i rummet, under ett dygn. Den ena vet inte vad den andra gör. Kaos råder. Så verkar det i alla fall från min horisont.

Jag vill inte behöva vara rädd när jag har med sjukvården att göra. Jag vill betraktas och behandlas som vuxen.

Jag vill känna att mitt fall inte diskuteras med obehöriga. Man ska hålla på sekretessen. Det har hänt flera gånger när jag åkt hem med bussen att personalen sitter och pratar om namngivna patienter.

Jag vill ha med mig min "epikris", en sammanfattande sjukhistoria, i handen när jag lämnar sjukhuset. Eller, om det inte hinns med, få den hemsänd till mig inom några dagar. Där ska stå de ordinationer och förhållningsregler i övrigt som gäller för mig.

Jag vill att den allmänläkare, distriktssköterska, företagsläkare och sjukgymnast som jag går till också ska ha min "epikris" utan onödigt dröjsmål. Vilken eller vilka det gäller ska vi komma överens om innan jag lämnar sjukhuset.

Jag vill ha reda på vilka biverkningar mina läkemedel kan ge. Jag gillar inte att en läkare ordinerar en sak, en annan någonting helt annat. Jag har läst att var tionde patient som skrivs in på sjukhus gör det på grund av läkemedelsbiverkningar, feldoseringar eller farligt samspel mellan mediciner.

Jag vill så långt det är möjligt veta orsaken till mina problem och vad jag själv kan göra för att förebygga framtida besvär.

Synpunkter

Hur ser ansvariga chefer på Livs önskelista?

Sjukvårdschefens synpunkter

En patient har inte bara fysiska behov utan också förväntningar om att vara sedd, känna trygghet och gemenskap och, om det är möjligt, bestämma över det som rör henne själv. Vården har i alltför liten grad tillgodosett Livs grundläggande behov. Den medicinska behandlingen behöver få sammanhang och mening för Liv. Hon känner att "vårdsystemet" är överordnat henne som patient.

Livs upplevelser har betydelse för hur hon mår. Vårdens organisation och personalens sätt att vara spelar roll. De speglar värderingar och synsätt, oavsett om personalen är medveten om det eller ej.

Kötiderna och väntrumstiderna måste förkortas. Liv har rätt i att det finns skäl att skilja på akut och planerad verksamhet. "Damen i kassan" är klinikens ansikte utåt och bör vara sjukhusets expert på bemötande. Naturligtvis kan

hon inte få vara sysslolös mellan varje besökande, men patientkontakten måste prioriteras. Det är heller inte rimligt att en patient får beskedet att vänta eftersom personalen har kafferast. Alla behöver inte ta ledigt på samma gång, hur trevligt det än kan vara för dem. Arbetet måste skötas i första hand.

Patienten måste få veta vilken den ansvarige läkaren är. Denne har skyldighet att se till att patienten får information och är med i besluten.

Det är viktigt att individen så långt möjligt får träffa samma personal från gång till gång. Så få som möjligt bör ha hand om Liv. Undersökning, diagnos, behandling och omvårdnad måste planeras tillsammans med patienten. Det är fel om Liv "glöms bort" bara för att frågan om dyr eller billig pacemaker inte kan hanteras av sjukhuset.

Röntgenavdelningens rutiner och köer måste förändras. Har avdelningens läkare överdrivna ambitioner om hur perfekt bildmaterialet bör vara? Är detta orsak till väntetiderna? Det är inte godtagbart att patienter ska ligga på sjukhus i fem plus fyra dagar bara för att röntgenavdelningen har köer som de inte kan organisera.

Liv bör få sin epikris när hon lämnar sjukhuset, och den bör också sändas till hennes primärvårdsläkare.

Chefsöverläkarens synpunkter

Liv har hamnat i en organisation där hon upplever att hennes problem inte tas på allvar. Verksamheten löper utan mål.

Liv måste få besked om hur långa kötiderna och väntrumstiderna är, få kompetent bedömning och hjälp. Den ansvarige läkaren ska göra en vårdplan eller se till att en sådan görs upp. Avdelningens organisation bör förändras så att det nödvändiga kontaktnätet minimeras. Ett genomtänkt arbetssätt kräver planering för var och en som har kontakt med patienten.

För säkerhet i diagnostik och behandling måste kvalitetsfrågorna komma i förgrunden.

Avdelningsföreståndarens synpunkter

Liv lever i otrygghet: När ska hjärtbesvären återkomma? Hon är besviken över att ingen från sjukhuset hörde av sig om remissen från företagsläkaren. Hon har fått vänta utan förklaring eller ursäkt. Den personal som tog hand om Liv när hon kom med hög feber måste ha varit oerfaren.

Att Liv inte får gensvar när hon berättar om sin osäkerhet inför en undersökning är oacceptabelt. Det svar som Liv får när det gäller klinikchefen – att han inte är på avdelningen nu för tiden – vittnar om att organisationen och informationen är dålig.

Klinikchefen måste ta itu med organisationen och personalfrågorna. En enkät bör användas angående hur patienter uppfattar bemötande och omhändertagande. Och varför inte följa några patienter genom vårdkedjan bakåt i tiden? Vad har varit bra? Vad har varit mindre bra? Vad bör förändras?

Genom individuell vårdplanering skulle omvårdnaden kunna struktureras bättre. Det gäller också att vara vaken över okonventionella lösningar. Hur bra avdelningen och kliniken kan organisera tillgänglighet och kontinuitet beror

inte bara på personaltäthet och arbetsschema utan också på den anda som finns på avdelningen och på medarbetarnas motivation. Mycket hänger på ledarskapet. Man måste se till att rutinerna följs. Om man exempelvis bestämmer att patienten ska ha besked en vecka efter det att en remiss har kommit så måste man också kunna kontrollera att så sker.

Diskutera

1. Ge synpunkter på Livs berättelse och önskemål.
 2. Vad bör ändras när det gäller sjukhusets organisation och ledning? Varför?
 3. Vem eller vilka bör ansvara för förändringarna?
 4. Hur kan förändringarna följas upp?
 5. På vilket sätt skulle effekterna kunna mätas?
-

2. Tendenser

Övergripande tendenser 16 • Omvärlden 16 • Behoven 18 • Synsätten 19 • Åtgärderna 19 • Resurserna 21 • Resultaten 24 • En studie 25 • Se upp för modevindar 26 • Diskutera 26 • Litteratur 27

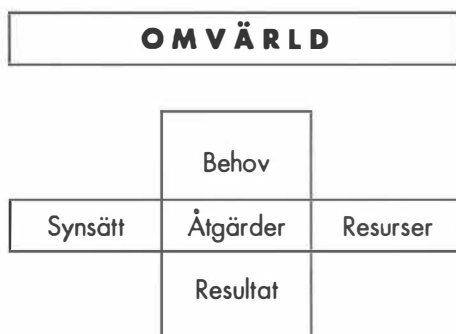
Patient är enligt en allmän definition en som tålmodigt väntar och uthärdar. Kommer den bilden att gälla också i framtiden?

Sjukvården förändras. Det sker i en takt som få trodde var möjlig för ett årtionde sedan. Många faktorer ligger bakom: förändringar i omvärlden, i behoven, i synsätten och i de möjliga åtgärderna. Det påverkar hur resurser organiseras för resultat.

Syftet med denna översikt av tendenser är att ge en bild av samband som är av vikt för att förstå utvecklingen. För ledare gäller det att upptäcka omvärldens förändringar. Nya behov och värderingar måste mötas. Förståelse ger större beredskap inför det nya. Förhoppningsvis kan situationen bli bättre för patienten. Effektiviteten kan öka.

Tendenserna tas upp under sex rubriker: omvärld, behov, synsätt, åtgärder, resurser och resultat. Två har särskild vikt eftersom de handlar om vad vården ytterst är till för, nämligen behov och resultat. Två är mera tekniska: åtgärder och resurser. Se figur 2:1, "Vårdkorset".

Figur 2:1 "Vårdkorset"



Övergripande tendenser

Till de övergripande tendenserna hör följande.

Omvärlden: Från relativt stabil till snabbt föränderlig miljö.

Behoven: Från vård åt "ödmjuka", kroppssjuka patienter till service åt genomsnittligt allt äldre, krävande konsumenter med bristande tillit och sammansatta problem. I många fall är de också psykosomatiskt störda.

Synsätten: Från betoning av "sjukdomssynsätt" till större intresse för "hälsosynsätt"; att inte bara lägga år till livet utan framför allt liv till åren och hälsa till livet.

Åtgärderna: Från få till många möjliga åtgärder; och från institutionsvård till alltmer sjukvård i hemmen. Detta möjliggörs genom den fortgående vetenskapliga forskningen och kunskapsutvecklingen.

Resurserna: Från tonvikt vid central planering till växande intresse för decentralisering och för marknadshushållningens "köp" och "sälj", något som i sin tur ger upphov till nya motsättningar.

Resultaten: Från betoning av medicinens inre logik till ökad vikt vid verkningar i form av livskvalitet, vårdkvalitet och döds kvalitet.

Tendenserna utvecklas närmare i det följande.

Omvärlden

Hälso- och sjukvården påverkas av många faktorer i omvärlden: av internationella, befolkningsmässiga och politiska förhållanden, teknologiska innovationer, ideologiska förändringar och konjunkturskiftet samt av de "livsstilar" som massmedia lyfter fram.

Internationella förhållanden

Jordens befolkningsökning i förening med miljöförstöringen innebär hot mot människans möjligheter till överlevnad.¹ Stora befolkningsomflyttningar kan komma att ske. Flykting- och invandrarproblematiken ökar, med vad den innebär av nya krav på sjukvården. Strömmen går från öst till väst och från syd till nord. Kulturkrockar och etniska motsättningar uppstår.² Detta ökar behovet av sjukvård.

Sjukvårdssystemen i de utvecklade länderna blir med tiden alltmer lika varandra.³ Den europeiska integrationen, harmoniseringen inom gemensam marknad eller union, kommer direkt och indirekt att påverka den sociala sektorn i de nordiska länderna.

Narkotikahandeln, kommersen i psykoaktiva droger, synes vara en av de snabbast växande sektorerna i vissa länder. Detta får negativa effekter på hälsa och välfärd, såvida inte trenden kan brytas.⁴

Teknologier

Industrialiseringen har lett till ekologisk obalans som kan utvecklas till katastrofer.¹ Miljökraven liksom behovet av energihushållning, kommer att öka.⁵

Sjukvården, som får bära en väsentlig del av de negativa miljökonsekvenserna, har själv inte varit föregångare i att värna miljön. Omprövningar kan väntas, exempelvis när det gäller användning och hantering av engångsmateriel, joniserande strålning, radioaktivt avfall, fixeringsbad för röntgenfilm, kvicksilver, PCB och cytostatika.

Framsteg görs i snabb takt inom den medicinska teknologin, framför allt inom diagnostiken.⁶ Automatisering och datorisering tränger igenom på alltfler medicinska områden. Datortomografer, magnetresonanskameror, biomagnetometri och biosensorer som baseras på halvledarteknik är exempel ur en fortgående utveckling.⁷ Nya metoder för diagnostik visar sig bara delvis ersätta tidigare tester, bland annat till följd av svårigheten att bryta professionella mönster och vanor.⁸

Diagnostisk teknologi utvecklas till att bli mer patientvänlig och i ökande grad användbar i öppen vård.

Ideologier

Förändringar i de samhälleliga värderingarna skapar problem med att orientera sig politiskt. Det monetära tänkandet och "nyliberalismen" blir för tillfället alltmer förhärskande, något som i sin tur genererar motreaktioner.

Gränsen mellan politiska partiers program blir alltmer oklar. I Moskva ser man i början av 1990-talet kommunismen som "den längsta och plågsammaste vägen från kapitalism till kapitalism". Sökandet efter politiska alternativ som förenar etik och effektivitet fortgår.

De ekonomiska klyftorna ökar internationellt och nationellt. Velfärdsstatens utformning står under debatt. Dess innehåll och omfattning sätts i fråga.⁹ Grupper "marginaliseras" i samband med att arbetet får större betydelse som bas för förmåner. Det gäller bl a barn, handikappade, invandrare, missbrukare och arbetslösa.

Konjunkturer

Goda konjunkturer skiftar med dåliga. Där finns de 3–4-åriga "Kitchin-cyklerna", de 9–10-åriga "Juglar-cyklerna" och de 48–65-åriga "Kondratieff-cyklerna".¹⁰ Ändå tycks politiker och allmänhet överraskas vid varje ekonomisk nedgång.

Velfärdsanordningar, som byggs under goda konjunkturer, låter sig bara med svårighet dras tillbaka under dåliga. En "spärrhakseffekt" gör sig gällande. Korta politiska mandatperioder och kortsiktiga kapitalintressen förstärker bindningarna.

Folkhälsan har samband med konjunkturerna.¹¹ Insikten växer att sjukskrivning i hög grad är ett administrativt fenomen, inte bara eller i första hand ett medicinskt.

Behoven

Andelen "äldre gamla" ökar i utvecklade länder, fler lever längre.¹² Detta ökar behoven av sjukvård, vilka som helhet har starkt samband med befolkningens ålder.¹³ Livskurvan "rektangulariseras".¹⁴ Även om den maximala livslängden inte skulle öka visar sig varje ny årskull pensionärer vara friskare än föregående.

En allt större del av det som folk söker sjukvård för utgörs av sammansatta besvär ("psyko-emotio-socio-somatisk" ohälsa, "skvadersjukdomar").¹⁵

Under 1900-talet har vi i vår del av världen i huvudsak passerat "fattigdomssjukdomarnas" epok, då infektioner var det dominerande folkhälsoproblemet. Den epoken har avlösts av "vällevnadssjukdomarnas" epok. Mer eller mindre kroniska eller nedbrytande "civilisationssjukdomar" har kommit att bli ett centralt folkhälsoproblem. Hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer är exempel. Olyckshändelser med motorfordon har blivit en betydande ohälsfaktor.

Inför framtiden kan växande ohälsa väntas som har samband med människors otillräckliga förmåga att hantera livets risker och osäkerheter. Man kan förutse "tillitsohälsans" epok. Den nya ohälsan har samband med frustrationer och med "sam-sjukdomar" – sammansatta problem relaterade till samliv, samarbete och samhällsgemenskap.¹⁶ Tendenser till "inlärld hjälplöshet" gör sig gällande.¹⁷ Åtskilligt talar för att den psykosomatiska problematiken tilltar i befolkningen.¹⁸ Se kapitel 4, "Ohälsa igår, idag och imorgon".

Ett växande tryck kan väntas på institutioner som tillhandahåller socialt stöd och omsorg.

Allergierna ökar.¹⁹ Betydelsen uppmärksammas alltmer av att skapa icke-handikappande miljöer samt att stimulera åtgärder i syfte att fysiskt och psykiskt begränsade personer så långt möjligt ska känna sig oberoende.

Ungefär hälften av drygt 8 000 katalogiserade sjukdomar anses bero på genetiska defekter. Fosterdiagnostik kan (1993) identifiera fler än 400 av dessa, och antalet ökar.²⁰ Predisponering för exempelvis intelligens, alkoholism och schizofreni anses komma att kunna identifieras genom fosterdiagnostik. "Genomet" med dess 50 000-100 000 gener kartläggs och väntas resultera i ett kanske tre miljarder siffror långt "personnummer" som anger positionerna för de individuella anlagen. Planerad genetisk manipulation på människa blir tekniskt möjlig i ökande utsträckning.

Utvecklingen från industrisamhälle till vad som kallas tjänste- och informationssamhälle fortgår.^{21,22,23} Systemen i samhället blir opersonligare och svårare att överblicka. De som inte hänger med, de s k know-nots, slås i växande grad ut från en tuff arbetsmarknad.²⁴

Utbrändhet och motivationslöshet utgör problem för många.²⁵ Ledare får ägna allt större uppmärksamhet åt medarbetarnas motivation.^{26,27} Efterfrågan ökar på arbeten som gör människan synlig.²⁸

De centrala värderingarna i samhället tunnas ut.²⁹ Auktoriteterna, de trovärdiga, blir färre. De personliga skyddsnäten, de sociala nätverken bryter samman för många. Vårdsystemet får fungera som surrogat.³⁰

Medvetenheten ökar om att sjukdom liksom hälsa uppstår ur ett komplicerat samspel mellan individ, miljö och personliga egenskaper. I högre socialgrupper ökar hälsomedvetenheten medan den lägre socialgruppen släpar efter. Hälsoklyftorna växer.³¹

Patienter med skilda slag av sjukdomar och problem finner det i växande grad önskvärt att organisera sig för att utöva inflytande.

Synsätten

Etiska frågor får större aktualitet. Alltfler fält i samhället hamnar inom den etiska diskussionens område.³² Se kapitel 7, "Etiska dilemman".

Det som görs i sjukvård och hälsovård kan relateras till fyra skilda synsätt. Två knyter an till *sjukdomsmodeller*, nämligen det biomekaniska synsättet och det psykodynamiska synsättet. Två knyter an till *hälsomodeller*, nämligen det hälsopedagogiska synsättet och livsmiljösynsättet. Se kapitel 5, "Perspektiv på hälsa". Hälsomodellerna får större uppmärksamhet än förr i diskussionen om förutsättningarna för välbefinnande och livskvalitet. Detta leder till reaktioner från de grupper som ser sjukdomsmodellerna som de centrala. Ett ökat marknadstänkande tenderar också att främja fokuseringen på sjukdomsmodeller och på kortsiktiga lösningar.

Frågan vad som är "acceptabel risk" blir alltmer aktuell. Se kapitel 8, "Vad är acceptabel risk?". Medan riskerna i arbetslivet har blivit allt bättre inkapslade finns en benägenhet att folk tar betydande risker på fritiden. Frågan hur kostnader för trafikolycksfall ska finansieras får större aktualitet.

Diskussionen om prioritering blir alltmer aktuell. Se kapitel 6, "Etiska synpunkter på prioritering". Diskussionen tenderar att föras till nationell och internationell nivå.³³ Frågan om en specificerad nationell rättighetsnivå för vård och omsorg får ökad aktualitet.

Åtgärder

Den vetenskapliga forskningen och kunskapsutvecklingen möjliggör alltfler åtgärder när det gäller att förebygga, diagnosticera och bota sjukdom och ohälsa. Samtidigt förefaller gapet mellan kunskap och handlande att växa. Insikten ökar att människan inte i första hand styrs av sitt förnuft utan av sina känslor. Men ju större kunskap om egna "äka" känslor desto större förmåga att handla med ett mått av förnuft.

Det finns två principiellt skilda slag av åtgärder för hälsa och livskvalitet. Dels horisontella: egenvård och socialt stöd i informella nätverk. Dels vertikala: institutioners professionella vård. Den professionella vården kan antingen vara *öppen* och ges utan övernattning, eller vara *sluten*. Den bärande tendensen i dag är att öppen vård och hemsjukvård i växande utsträckning ersätter sjukhusvård. Se kapitel 9, "Sjukvårdens nivåer".

Två synsätt finns som kompletterar varandra, med skilda kännemärken när det gäller hur hälsa kan uppnås, förbättras och bibehållas. Det ena är det *individerriktade*, och det syftar till individuell prevention, diagnostik, terapi och rehabilitering. Det andra är det *folkhälsoriktade*, och det syftar, med Världshälsoorganisationens uttryck, till *hälsa för alla*. I detta synsätt är sådana frågor viktiga som hur sjukdomsförebyggande åtgärder kan utvecklas, hur livsföring kan påverkas och hur hälsopolitik kan förverkligas.³⁴ Det finns i viss mån en inbyggd motsättning mellan de två synsätten eftersom de arbetar med olika tidshorisont och skilda metoder.

För att reducera skada och för tidig död i trafik och i hem, arbete och på fritid fordras alltmer samarbete mellan skilda sektorer: hälsovård, utbildning, transport, industri, forskning osv.³⁵ De psykologiska problemen och motivationsproblemen i ett sådant samarbete kräver allt större uppmärksamhet eftersom tendenserna till revirtänkande är påtagliga.³⁶

Egenvård och socialt stöd i informellt nätverk

Kunskapen växer om livsföringens betydelse för hälsan.³⁷ Det kommersiella intresset när det gäller skilda former av stöd för egenvård ökar.

Nya synsätt med betoning av eget ansvar och kamratstöd utvecklas inom missbruksvården. Alternativa vård- och terapiformer tilldrar sig större intresse.³⁸ Arbetsplatser och andra former av nätverk involveras.

Det finns en växande potential bland friska seniorer för frivilliginsatser som syftar till social gemenskap, hälsa och välbefinnande.

Den traditionella synen på patienten som konsument och vårdssystemet som producent vidgas.³⁹ Det blir också i allt mindre grad möjligt att planera för den individuella patienten som vore denne enbart en del av ett kollektiv. De erbjudanden som görs innehåller, eller förutsätter, inslag av tjänster, varor och information från både patient och leverantör.

Öppen vård

Allt större intresse och allt bättre förutsättningar finns för öppna vårdformer, exempelvis inom psykiatri och långtidssjukvård. Dagkirurgin expanderar.⁴⁰ Hemsjukvården utvidgas.

Samverkan i skilda former mellan socialvård, primärvård och sjukhus ökar. Läkarnas rådgivning om sjukdomsförebyggande levnadsmönster får större vikt.

Sluten vård

Vårdtiderna inom akutsjukvården förkortas. De möjligheter till effektivisering som illustreras genom studier av variationer i exempelvis preoperativa rutiner, vårdtider och kostnader tas alltmer till vara.⁴¹

En strävan förstärks att minska användningen av slutna vårdplatser.⁴² Sjukhusens roll står under debatt. Se kapitel 10, "Sjukhusens roll". Sjukhusens överkapacitet i förhållande till resurserna blir ett växande problem. Ålderdomshem med måttlig standard och personligt omhändertagande går mot en renässans.

En växande grupp vänder sig till sjukvården med problem vars lösning kan finnas på andra håll. Risk finns för medikalisering av sociala problem.⁴³ Den medicinska teknologins fortgående utveckling möjliggör många åtgärder som i dag förefaller omöjliga att finansiera.

Omvårdnaden fylls med aktivare innehåll. Det friska i patienten tas som utgångspunkt i rehabiliteringsarbetet.

Begränsningar kan förutses i läkares rätt i öppen såväl som sluten vård att förskriva läkemedel som finansieras med offentliga medel. Kraven på priskon-

troll samt generisk förskrivning i stället för märkesläkemedel växer. Floran av läkemedel ökar.

Resurserna

Personal

Eftersom hälso- och sjukvård är så personalkrävande ökar kostnaderna för vårdtjänster snabbt i förhållande till kostnaderna för industriprodukter.⁴⁴ Se kapitel 14, "Hälsans nya pris".

Antalet medicinska specialområden ökar. Samtidigt finns en strävan att minska antalet personalkategorier närmast patienten genom bland annat "primary nursing" (sjuksköterskan utför alla vårduppgifter som patienten behöver) och parvård med samarbete mellan sjuksköterska och undersköterska,⁴⁵ dvs individualansvarsmodeller. Medan grupporienterade organisationsmodeller (gruppvård) tidigare varit populära växer intresset för individualansvar.

Eftersom "den svagaste länken" i kedjan av diagnostik, behandling, rehabilitering och omvårdnad bestämmer kvaliteten inriktas fortbildning och utvecklingssamtal i växande grad på all personal.⁴⁶ Utbildningsnivån höjs.

Personalekonomisk analys och social redovisning får större uppmärksamhet.⁴⁷ Sjuktal, arbetsskador och personalomsättning ägnas större intresse. Variabla arbetstider och individuell lönesättning, på gott och ont, blir vanliga.

Aktiveringsträffar för långtidssjukskrivna används i ökande grad i syfte att stödja arbetsidentiteten och motivationen för återgång i arbete.

De fackliga organisationernas roll förändras.⁴⁸ Från att ha varit företrädare för solidarisk lönepolitik blir de mera av företrädare för solidarisk arbetspolitik. "Det goda arbetet" värnas och utvecklas.⁴⁹ Arbetsplatsen med dess personalkollektiv blir organisationsgrund i stället för yrket. Medarbetaravtal ersätter eller kompletterar traditionella kollektivavtal. Fackföreningarna utvecklas till att bland annat bli poängsättare av arbetsplatsernas kvalitet i situationer då reallöneökningar inte förefaller möjliga.

En uppluckring sker av den tidigare skarpa gränsen mellan arbete och fritid. Nya datorsystem möjliggör analytiskt och administrativt arbete i hemmen. Det blir vanligare att barn får följa med till arbetsplatserna.

Ledarskap

Chefer får sätta av mer tid än förr åt belönings- och incitament-strukturen; också till utveckling av personal.⁴⁹ Ledning i serviceinriktade kunskapsorganisationer sker alltmer genom idéer.⁵⁰ Många modeller för ledning och ledningsutveckling provas.⁵¹ Se kapitel 11, "Aktörer och strukturer".

En stor del av sjukskrivningsdagarna, kanske var fjärde, anses ha samband med ledarskapsproblem, något som får allt större uppmärksamhet.

Frågor som gäller etik, kvalitet, prioritering och risk ställer allt större krav på ledningens tid och förmåga till nytänkande.

Chefer sitter lösare i sadeln än förr.⁵² Chefsavveckling blir en växande problematik. Behovet av "kompetenta eldsjälar" växer inom sjukvården.⁵³ Långa

väntetider, bristfällig service och dålig kvalitet i verksamheten betraktas i allt högre grad som ledningsproblem.⁵⁴

Rollfördelningen mellan tjänstemän och politiker förskjuts.⁵⁵ De folkvalda förtroendemännens uppgifter i många nämnder och styrelser ifrågasätts. Intresset ökar för "professionella styrelser" med erfaret näringslivsfolk, något som i sin tur leder till motåtgärder.

Att egenintresset spelar roll i yrkesutövningen blir ett legitimt ämne för vetenskapliga studier, mot bakgrund av bland annat den så kallade public choice-skolan.⁵⁶ Detta till följd av insikten att "den offentliga apparaten" inte nödvändigtvis står över särintressena.

"Kontrakt" upprättas mellan chefer och ansvariga i styrelser och nämnder om vilka resultat som cheferna ska ansvara för att uppnå under en bestämd tid.⁵⁷ Behovet växer av mentorer för utveckling av chefer på högre nivåer.⁵⁸

Linjechefer tar själva över en allt större del av ansvaret för personalfrågor. De centrala personalavdelningarnas uppgifter begränsas.

Andra aktörer

Kunskapsmängden inom hälso- och sjukvården ökar tack vare forskning och utvecklingsarbete.

Ett växande, sofistikerat säljtryck observeras från många leverantörer. Att ta fram originalläkemedel blir allt dyrbarare, något som speglas i priser och marknadsföring.

Massmedias bevakning av sjukvården blir mer intensiv. Den påverkar vilka frågor som kommer på dagordningen.⁵⁹

Organisation

Två modeller för organisation står mot varandra: planstyrningens och marknadsstyrningens.⁶⁰ I diskussionen om sjukvårdens framtid får marknadsmodeller för tillfället det stora intresset.⁶¹ Konkurrens väntas öka kvaliteten och effektiviteten. Marknadsmodeller med begrepp som "köp och sälj" skapar växande osäkerhet hos många inför vart utvecklingen kan leda. Besvikelse över resultattröghet leder till att nya modeller söks. På nationell nivå görs försök att balansera växande efterfrågan och stigande kostnader genom "reformer" av skilda slag. Se kapitel 13, "Marknadsstyra eller marknadsyra?".

Gränslandet mellan privat och offentligt luckras upp.⁶² Vi får alltfler "gränsorganisationer", alltfler "pri-fentliga" verksamheter med privat och offentligt i samspel.⁶³

Politikernas roll som producent av vård skiljs i vissa försök från rollen som konsumentföreträdare. Marknadslika förhållanden skapas genom att någon enhet, t ex primärvården, en beställarnämnd eller försäkringskassa, får uppträda som "köpare" av vård för "sina" patienter.⁶⁴ Verksamhet uppdelas på en del håll i "beställare" och "producerare" av vårdtjänster som tecknar avtal med varandra.

Intresset ökar för privat drift med offentlig finansiering. Ekonomiskt ansvar delegeras alltmer. Hierarkierna får färre nivåer.⁶⁵

Interna arbetsformer med processinriktning, exempelvis framtidsverkstad,

"brainstorming" och dialogkonferenser, samt matrisorganisation får ökat intresse.⁶⁶

Ramlagstiftning ersätter detaljerade lagar. Målstyrning blir komplement till direktstyrning, programstyrning och kontrollstyrning.⁶⁷ Samtidigt som målstyrning aktualiseras kritiserar övertron på mål, planer, kalkyler och kontroll.⁶⁸ Mål i offentlig verksamhet visar sig ofta vara mångtydiga, motstridiga och vaga.⁶⁹ En växande betoning av ekonomiska faktorer innebär risk för "kalkylkult" och "marknadsfundamentalism".⁷⁰

Nya former för samarbete mellan primärvård och socialvård växer fram.⁷¹ Gränserna dem emellan suddas på flera håll ut. Försök görs att stimulera samarbete och specialisering bland sjukhusen. Samordningskrav aktualiseras till följd av bl a allt dyrare, avancerad medicinsk teknologi.

Enigheten ökar om att en väl fungerande organisation kännetecknas av kompetenshöjande arbete, korta beslutsvägar, kundorientering och chefer som frågar medarbetarna om råd före viktiga beslut.

Individuell vårdplanering, processbeskrivningar och flödesscheman införs för allt fler grupper av patienter som tillämpning av filosofin "just in time".⁷² Inte bara personalens utan också patientens tid börjar ses som värdefull.

Enchefskap favoriseras alltmer framför "trespann" eller andra kollektiva former för ledning. Samtidigt växer det vetenskapliga intresset för "flerprinciporganisation" och "tältlägerorganisation": Bra resultat kan nås genom många sätt att organisera.⁵¹ Insikten växer att om folk vill samarbeta behövs ett minimum av formell organisation, och om folk inte vill samarbeta hjälper ingen aldrig så väl uttänkt formell organisationsmodell. Se kapitel 12, "Lokomotiv eller konvoj?".

Hälso- och sjukvårdens finansiering tenderar att göras till ett allt större problem. Finansiella analyser får större vikt.^{73,74} Patientens egen andel av betalningen ökar.⁷⁵

Informationsstrategi

Kommunikation mella skilda hälso- och sjukvårdsenheter sker alltmer på elektronisk väg. Biblioteksinformation och nya forskningsresultat görs lätt tillgängliga för läkare och andra via dataterminaler. Patientjournaler lagras på mikrochips för enkel åtkomlighet även av patienten själv.

Medan långsiktsplanering får allt mindre intresse ökar betydelsen av strategisk beredskap.

Ekonomisk analys

Diagnosrelaterad standardprissättning får ökande användning inom slutenvården såväl som öppen vård. Behovet av ekonomiskt-analytiska kunskaper ökar. Bättre utnyttjande av anläggningar och andra kapitalresurser eftersträvas. Intresset växer att köpa funktion i stället för produkt. Kapitalrationalisering får större aktualitet. Nödvändigheten av en total, fastställd kostnadsram för vården blir alltmer uttalad.

Kritiken växer mot en konventionell ekonomi där "det biologiska kapitalet" och miljön inte finns med i kalkylen.

Nytänkande

Insikten växer att stora organisationer sällan är kreativa över längre tidsperioder. Behovet ökar av innovatörer och "lateral tänkare" som kan skapa "goda cirklar" i organisationen.

Resultaten

"Hälsa för alla"

Behovet växer av kunskap om effekterna av hälso- och sjukvården. Användningen tilltar av patientenkäter, kvalitetscirklar, "nursing audits", "medical audits" etc för att få underlag för analyser som kan resultera i höjd kvalitet. På nationell nivå växer intresset för jämförande analyser av hälso- och sjukvårdens effekter.

Utvärdering, revision, verksamhetsanalys och andra former för uppföljning flyter alltmer samman och får likartat syfte och innehåll.

WHO:s mål "Hälsa för alla", och det europeiska 38-punktsprogrammet för att realisera målet, har svårt att få genomslag i praktiken. Frågan aktualiseras i vilken mån detta beror på programmet eller på vårdsystemen.⁷⁴

Kvalitet

Större uppmärksamhet ägnas det problem som ligger i att bara en liten del av hälso- och sjukvårdens teknologi, kanske 10–15 procent, är systematiskt utvärderad.⁷⁷ Önskemålen växer om kunskap i metodik för att kontinuerligt utvärdera kvalitet i vård och omsorg.⁷⁸ Intresset ökar för lokalt kvalitetsansvar och för att skapa bättre förståelse för genomtänkta arbetsprocesser. Se kapitel 15, "Kan man lita på sjukvården?".

Större krav kommer att ställas på information till allmänheten om sjukvårdens kvalitet. Sådan information kommer även att krävas av nationella myndigheter. Begrepp som "total kvalitet" och "kontinuerlig förbättring" får allt större aktualitet.

Det blir acceptabelt att tala om inte bara livskvalitet utan även om "döds-kvalitet": att få fullfölja sitt liv, få vara "mätt av dagar", ha möjlighet att förbereda sig för och samtala kring "det enda säkra" i livet.⁸⁰

Figur 2:2, en modell för analys av hälso- och sjukvård, illustrerar några övergripande samband.

Omvärldsförändringar, exempelvis konjunktursvängningarna, påverkar behoven av hälso- och sjukvård (samband a).

Idémässiga skiften i omvärlden har betydelse för rådande synsätt och värderingar och påverkar därmed prioriteringarna (samband b).

Den ekonomiska utvecklingen i omvärlden påverkar storleken på de resurser som ställs till förfogande för hälso- och sjukvård (samband c).

De åtgärder som väljs över tiden för att möta behoven har samband med de professionella gruppernas värderingar och synsätt, mot bakgrund av den vetenskapliga utvecklingen (samband d).

Ju fler behov som uppmärksammas, desto större blir kraven på åtgärder (samband e).

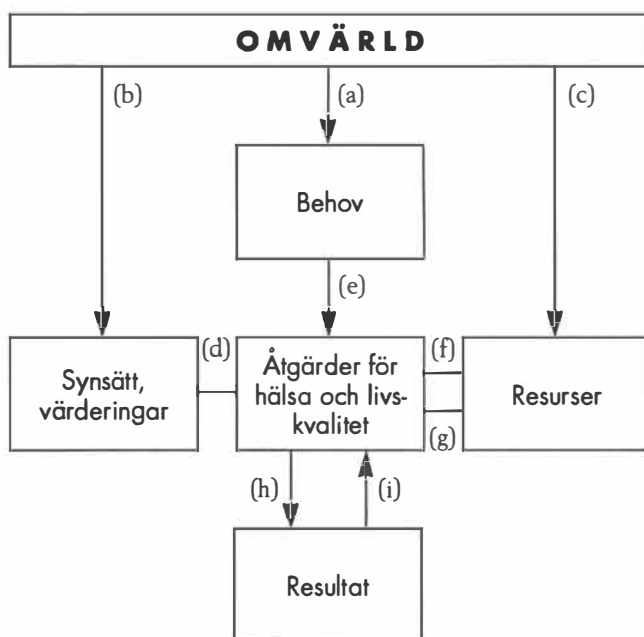
Anspråken på resurser påverkas av vilka åtgärder som väljs (samband f).

Ju större resurser som ställs till förfogande desto större möjlighet till åtgärder för hälsa och livskvalitet (samband g).

Ju mer genomtänkta åtgärder, desto större möjligheter till resultat (samband h).

Ju bättre de förväntade resultaten är, desto större tendens att vidga indikationerna för åtgärder (samband i).

Figur 2:2 En modell för analys av hälso- och sjukvård



En studie

Utvecklingstendenserna har tagits fram mot bakgrund av tidnings- och tidskriftsartiklar från senare år samt böcker och diskussioner med fackfolk. Jag har också bett 24 studerande vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg inom ämnet vårdvetenskap, med en medelålder av ca 40 år och med administrativ erfarenhet, att ange hur relevanta de anser att var och en av utvecklingstendenserna är för deras verksamhet. Fyra svarsalternativ fanns för varje tendens: Mycket relevant, Ganska relevant, Ganska irrelevant och Inte alls relevant. Högst antal "Mycket relevant" fick tendensen att etiska frågor får större aktualitet. Därefter kom i fallande ordning att behovet växer av systematiserad kunskap om verksamhetens effekter, att individuell vårdplanering och kvalitetsförbättringar får större vikt samt att vårdbehoven i hög grad är relaterade

till befolkningens ålder. Lägst kom tendensen att fosterdiagnostik möjliggör förutsägelser av intelligens, alkoholism och schizofreni; vidare tendensen till planerad genetisk manipulation.

Jag frågade också om tendenser som saknas i översikten. Bland svaren märks: "Att förvaltningspersonalen fysiskt och mentalt är allt längre från den praktiska verksamheten och inte tillräckligt känner till vad som görs på fältet." – "Att konflikten mellan knappa resurser och växande krav blir allt svårare att hantera." – "Att enskilda engagerade individer och grupper som söker förbättra verksamheten inte får tillräckligt stöd." – "Att arbetet för bättre kvalitet inte drivs med tillräcklig kraft."

Se upp för modevindar

Tendenser dyker upp och försvinner, teorier kommer och går. Viktigt är medvetenhet om faran att fångas av modevindar, trollbindas av en för tillfället inbjudande teori. Ibsen bjuder motgift i *En folkefiende*:

"En normalt bygget sannhet lever – la meg si – i regelen 17–18 år, höjst 20 år, sjelden lenger... Men når en sannhet er blitt så gammel, så er den på god vei til å bli løgn, mine damer og herrer. Sannhetene er slett ikke noen sådanne seilivede Metusalemmer som folk innbiller seg."

Strukturerna skiftar. Organisationsmodellerna byter skepnad. Patienterna, de tålmodiga består. Hur länge varar tålamodet?

Diskutera

-
1. Vilka är de viktigaste utvecklingstendenserna som berör Dig och Din organisation?	6. Vilka möjligheter har Din organisation inför framtiden?
2. Hur väl förberedd är Din organisation på förändringar mot bakgrund av de tendenser som tagits upp?	7. Hur kan möjligheterna tas till vara?
3. Vilka är Din organisations starka sidor?	8. Vilka hot står Din organisation inför?
4. Vilka riskfaktorer och svaga sidor inom Din organisation är det väsentligt att uppmärksamma?	9. Hur bör hoten mötas?
5. Vilka organisationsförändringar är önskvärda i Din organisation, och varför?	10. Vad har Du för makt?
	11. Varifrån har Du fått den?
	12. I vems eller vilkas intresse använder Du den?
	13. Vilka medel använder Du?
	14. Hur kan Du bli kvitt Din makt?
-

Litteratur

- ¹ *Our common future. The World Commission on Environment and Development*, Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ² Palmer, J., 1992 *and beyond*, Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 1989.
- ³ *New guide to health services of the world*, London: International Hospital Federation, 1991.
- ⁴ *Kokain*, En skrift från Nordiska hälsovårdshögskolan och stiftelsen Ett narkotikafritt Göteborg, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1990.
- ⁵ Naisbitt, J. och Aburdine, P., *Megatrends 2000. Ten new directions for the 1990's*, New York: Warner Brooks, 1982.
- ⁶ Banta, H.D., Thacker, S.B., "The case for reassessment of health care technology", *J Am Med Ass*, 1990;264(2):235-240.
- ⁷ Devnich, D., "The economics of high-technology medical imaging", *Can J Med Radiat Technol*, 1990;21(3):90-104.
- ⁸ Eisenberg, J.M., Schwartz, J.S., McCaslin, F.C., Kaufman, R., Glick, H. och Kroch, E., "Substituting diagnostic services. New tests only partly replace older ones", *J Am Med Ass*, 1989;262(9):1191-1200.
- ⁹ Carle, J. och Therborn, G., *Det godas vägar och avvägar. Välfärdsstaten och den sociala styrningens problem*, Forskningsrapport, Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet, 1989.
- ¹⁰ Barraclough, G., *Management in a changing economy*, New York: American Management Association, 1976.
- ¹¹ Janlert, U., *Work deprivation and health*, Stockholm: Karolinska institutet, 1991.
- ¹² Brody, J.A., Brock, D.B., Williams, T.F. "Trends in the health of the elderly population", *Annu Rev Public Health*, 1987;8:211-234.
- ¹³ Anand, K.B., Wolf-Klein, G.P., Silverstone, F.A. och Foley, C.J., "Demographic changes and their financial implications", *Clin Geriatr Med*, 1990;6(1):1-12.
- ¹⁴ Fries J.F., "Ageing, illness, and health policy. Implications of the compression of morbidity", *Perspectives in Biology and Medicine*, 1988;31:407-428.
- ¹⁵ Egan, G., *The skilled helper: A systematic approach to effective helping*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1990.
- ¹⁶ Hjort, P.F., *Helse, miljø og levekår*, Oslo: Norges Almenvidenskapelige Forskningsråd, 1989.
- ¹⁷ Abrahamson, L.Y., Seligman, M.E.P. och Teasdale, J.D. "Learned helplessness in humans: Critique and reformulation", *Journal of Abnormal Psychology*, 1978;87:49-74.
- ¹⁸ Cohen, S. och Syme, S.L. (red). *Social support and health*, New York: Academic Press, 1985.
- ¹⁹ Meding, B., *Epidemiology of hand eczema in an industrial city*, Göteborg: Avdelningen för dermatologi, Göteborgs universitet, 1990.
- ²⁰ Hughes, M.R. och Caskey, C.T., "Medical genetics", *J Am Med Ass*, 1991;265(23):3132-3134.
- ²¹ Blinder, A.S., *Paying for productivity. A look at the evidence*, Washington DC: Brookings, 1990.
- ²² Porter, M.E., *The competitive advantage of nations*, Worcester: Macmillan, 1990.
- ²³ Rosenberg, N. och Birdzell, L.E. Jr, *How the west grew rich. The economic transformation of the industrial world*, New York: Basic Books, 1986.
- ²⁴ Wadensjö, E. (red), *Arbetskraft, arbetsmarknad och produktivitet*, Stockholm: Produktivitetsdelegationen, 1991.
- ²⁵ Maslach, C. *Burnout: The cost of caring*, Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall, 1982.
- ²⁶ Locke, E.A. och Henne, D., "Work motivation theories", *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 1986;1:1-34.
- ²⁷ Grenholm, C.H., *Arbetets mening. En analys av sex teorier om arbetets syfte och värde*, Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala Studies in Social Ethics 11, Almqvist & Wiksell International, 1988.
- ²⁸ Lennerlöf, L. (red), *Människan i arbetslivet*, Stockholm: Allmänna Förlaget, 1991.
- ²⁹ Lyttkens, L., *Of human discipline*, Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1989.
- ³⁰ Blum, R.W., "Adolescent medicine", *J Am Med Ass*, 1990;263(19):2621-2623.
- ³¹ *Folkhälsorapport 1991. SoS rapport 1991: 11*, Stockholm: Socialstyrelsen, 1991.
- ³² Lundquist, L., *Byråkratisk etik*, Lund: Studentlitteratur, 1988.
- ³³ *Choices in health care. A report by the Government Committee on Choices on*

- Health Care. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992.
- ³⁴ Buck, C., "Beyond Lalonde – creating health", *Am J Public Health*, 1985;76 suppl 1:19–24.
- ³⁵ *Intersectorial action for health. The role of intersectorial cooperation in national strategies for Health for all*, Geneva: World Health Organization, 1986.
- ³⁶ Berggren, L., *Non-physical territoriality in health care organizations*, Göteborg: Department of Environmental Hygiene, Göteborgs universitet, 1986.
- ³⁷ Lalonde, M., *A new perspective of the health of Canadians*, Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
- ³⁸ Kuhnle, S. och Selle, P., *Frivillig organiseret velferd – alternativ til offentlig?*, Bergen: Alma Mater Forlag, 1990.
- ³⁹ Edgren, L., *Service management inom svensk hälso- och sjukvård – affärsutveckling och kundorganisation*, Lund: Lund Studies in Economics and Management 14, Institute of Economic Research, Lund University Press, 1991.
- ⁴⁰ Aas, M., *Poliklinikker og dagkirurgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulant helse-tjeneste*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1991.
- ⁴¹ Andersen, T.F. och Mooney, G. (red), *The challenges of medical practice variations. Economic Issues in Health Care*, London: Macmillan, 1990.
- ⁴² *Closer to home. The report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs*, volume 1 och 2, Victoria BC: Province of British Columbia/Crown Publications, 1991.
- ⁴³ Fox, R.C., "The medicalization and de-medicalization of American society", *Dædalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 1977;vintern:9–22.
- ⁴⁴ Baumol, W.J. och Oates W.E., "Kostnads-sjukan inom tjänstesektorn och levnads-standard", *Skandinaviska Enskilda Bankens Kvartalsskrift*, 1972;2:42–52.
- ⁴⁵ Georgopoulos, B.S. och Christman, L., *Effects of clinical nursing specialization. A controlled organizational experiment. Studies in Health and Human Services, vol. 14*, Levinston: Edwin Mellen, 1990.
- ⁴⁶ Engquist, A., *Utvecklingssamtal som förändringsinstrument. Teoretisk och empirisk analys*, Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala Studies in Education, Almqvist & Wiksell, 1990.
- ⁴⁷ Johanson, U. och Johrén, A., *Personalekonomi*, Stockholm: Tjänstemännens bildningsverksamhet, 1989.
- ⁴⁸ Lewin, L., *Samhället och de organiserade intressena*, Stockholm: Allmänna förlaget, 1992.
- ⁴⁹ Boivie, P.E., *Kreativa arbetsmiljöer – några fackliga utgångspunkter. I: Kreativa arbetsmiljöer. Perspektiv på 90-talets arbetsliv*, Stockholm: TCO, 1989.
- ⁵⁰ Sveiby, K.E. och Risling, A., *Kunskaps-företaget – seklets viktigaste ledarutmaning?*, Malmö: Liber, 1986.
- ⁵¹ Stjernberg, T., "Varför inte 'både och'? Flerprinciporganisation som ett sätt att förbättra den ömsesidiga anpassningen mellan den anställda och arbetet", i Forsblad, P., Sjöstrand, S-E. och Stymne, B. *Människan i organisationen. Perspektiv på medbestämmande och ledarskap*, Malmö: Liber Läromedel, 1979, 42–59.
- ⁵² Blomquist, T. och Selin, G., *Avskeda chefer*, Malmö: Liber, 1987.
- ⁵³ Philips, Å., *Eldsjälar*, Stockholm: Handelshögskolan, 1988.
- ⁵⁴ Kile, S.M., *Helsefarlige ledere og medarbeidere*, Oslo: Hjemmets bokforlag, 1990.
- ⁵⁵ Arvidsson, G. och Lind, R. (red), *Ledning av företag och förvaltningar: Förutsättningar, former, förnyelse*, Stockholm: SNS förlag, 1991.
- ⁵⁶ Buchanan, J.M. och Tullock, G., *The calculus of consent: Logical foundations of constitutional democracy*, Ann Arbor: Ann Arbor Paperback, 1965.
- ⁵⁷ Zetterberg, H.L., Busch, K., Crona, G., Frankel, G., Jönsson, B., Söderlind, I. och Winander, B., *Det osynliga kontraktet. En studie i 80-talets arbetsliv*, Stockholm: Sifo, 1984.
- ⁵⁸ Arhén, G., *Mentorskap*, Malmö: Liber Ekonomi, 1991.
- ⁵⁹ Eide, M. och Hernes, G., *Død og pine. Om massemedia og helsepolitikk*, Oslo: Fagbevaegelsens Senter for Forskning, Utbedring og Dokumentasjon, 1987.
- ⁶⁰ Lindgren, B., "Konsumentinflytande och konkurrens i svensk sjukvård – är det möjligt?", i Jonung, L. (red), *Nya fält för marknadsekonomin. En bok tillägnad Ingemar Ståhl*, Stockholm: SNS förlag, 1990, 57–79.
- ⁶¹ von Otter, C. och Saltman, R., *Valfriheten som styrmedel*, Stockholm: Arbetslivscentrum, 1990.

- ⁶² Toffler, A., *The third wave*, New York: Bantam Books, 1981.
- ⁶³ Winai, P., *Gränsorganisationer*, Stockholm: Handelshögskolan, 1989.
- ⁶⁴ *Vägval. Hälso och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden*, Stockholm: Landstingsförbundet, 1991.
- ⁶⁵ Bennis, W. och Nanus, B., *Ledare och deras strategier*, Stockholm: Svenska Dagbladets Förlag, 1985.
- ⁶⁶ Karasek, R. och Theorell, T., *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York: Basic Books, 1990.
- ⁶⁷ Lægreid, P., *Målstyrning og virksomhetsplanlegging i offentlig sektor*, Bergen Alma Mater Forlag, 1991.
- ⁶⁸ Rombach, B., *Det går inte att styra med mål*, Lund: Studentlitteratur, 1991.
- ⁶⁹ Wildavsky, A., *Speaking truth to power. The art and craft of policy analysis*, Boston: Little, Brown, 1979.
- ⁷⁰ Mintzberg, H., *Mintzberg on management*, New York: Free Press, 1989.
- ⁷¹ Romøren, T.I., *Kommunehelsetjenestens fem første år*, Oslo: Sosialdepartementets utredningsserie, Rapport 1989:12.
- ⁷² Laffel, G. och Blumenthal, D., "The case for using industrial quality management science in health care organizations", *J Am Med Ass*, 1989;262:2869–2873.
- ⁷³ Solovy, A. (red), *Hospital capital formation: Strategies and tactics for the 1990s*, Chicago: American Hospital Publishing, 1991.
- ⁷⁴ Esmond, T.H. Jr, *Budgeting for effective hospital resource management*, Chicago: American Hospital Publishing, 1990.
- ⁷⁵ Söderström, L., *Hur skall sjukvården betalas? – Om alternativa betalningsmodeller*, Stockholm: SNS förlag, 1991.
- ⁷⁶ *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*, Köpenhamn: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985.
- ⁷⁷ Smith, R., "Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence", *Brit Med J* 1991;303, 798–799.
- ⁷⁸ Richards, H. och Heginbotham, C., *The enquire system. A workbook on quality assurance in health and social care*, London: King's Fund College, 1989.
- ⁷⁹ Quill, T.E., "Death and dignity: a case of individualized decision making", *N Engl J Med*, 1991;324(10):691–694.
- ⁸⁰ Horgan, J., "Death with dignity: the Dutch explore the limits of a patient's right to die", *Scientific Am*, 1991;264(3): 8–9.

3. Styra eller styras?

Synsätt 30 • Fem ideologiska hörn? 36 • God vård 38
• Drivkraften 39 • Diskutera 41 • Litteratur 41

Vad driver oss framåt i livet? Vad ligger bakom vår strävan att nå mål som individer och som medlemmar av organisationer? Förnuft eller känslor?

I vidare perspektiv gäller frågan vad som ligger bakom det som sker i vår värld, det som händer oss människor. Bakom hälsa och sjukdom, välbefinnande och plåga. Styr vi eller styr vi själva? – Fem uppfattningar kan illustreras med var sin välkända stad.¹

Syftet med detta kapitel är att diskutera synsätt på förändring, vilka relateras till ledarskap och vård.

Synsätt

Jerusalem-synsättet utgår från att det som sker är förutbestämt av högre makt eller orsakat av faktorer utanför människans kontroll. Vi handlar bara så som nödvändigheten tvingar oss att handla: "Det som sker, det sker". I politiken finner vi föreställningar om "den enda vägen". I vardagen möter vi händelser och samband som vi inte förstår och inte tycker oss kunna påverka. Vilhelm Moberg skriver om "Rasken": "Hans kraft tröt medan han ännu var i sin krafts dagar. Det var så utsett". Ett engelskt uttryck speglar samma föreställning: "Before my time nothing can touch me. After my time nothing can save me". Det illustrerar *fatalismen*, ödets makt.

Las Vegas-synsättet utgår från att slumpen styr, och den inträffar utan omsorgsfulla val. Det som händer är lika tillfälligt som resultatet av lottdragning, tärningskast eller roulettspel vid kasinot i Las Vegas. Det här är hasardismens synsätt.

Aten-synsättet utgår från att det i huvudsak är förnuft och lagbundenhet, strategisk planering och linjärt systematisk ordning som styr det som sker. Det här är rationalismens synsätt.

Bryssel-synsättet utgår från att förhandlingskonst, taktik och förmåga att bygga koalitioner bestämmer vad som sker. Detta är det machiavelliska synsättet.

Calcutta-synsättet utgår från att känslor, stämningar och modevindar i hög grad styr det som sker. Detta är irrationalismens synsätt.

Vilket synsätt är det riktigaste? – Vi vet inte i vilken mån det som händer ytterst är *förutbestämt*; om vi således bara går "i beredda gärningar". Inte heller kan vi säga i vilken mån *slumpen* styr. Men på aktiebörsen har "slumpen" fått rykte om sig att vara lika framgångsrik som experternas rationella analyser.

Finns förresten slumpen? Skulle den få en rationell förklaring om vi kände

till och kunde förklara alla de faktorer som ligger bakom? Och på vilken "förstoringsnivå" gör vi våra observationer? Med data i vår hand från en ansevärd mängd till synes slumpmässiga händelser kan förutsägelser i många fall göras för en befolkning.

Tilltron till *rationaliteten* är en viktig utgångspunkt i det vetenskapliga arbetet. Med systematiserad information har människan fått kontroll över enskildheter i naturens till synes nyckfulla väsen. Naturvetenskapen lär oss mer och mer om kroppens fysiologiska och biokemiska lagar. Samhällsvetenskapen och beteendevetenskapen tar oss ännu några steg framåt. Ändå: fullständig rationalitet är en fullständig omöjlighet. Varje vetenskaplig slutsats är en arbetshypotes som justeras av utvecklingen.

En rad upptäckter och uppfinningar tycks ha kommit till stånd genom en slump. Alexander Flemings arbete med penicillinet kan vara ett exempel. Bakom andra ligger uppenbart systematiska observationer. Ignaz Semmelweis studier av faktorer bakom den höga dödligheten vid förlossningar i Wien på 1800-talets mitt, orsakad av läkarnas dåliga handhygien, kan utgöra en illustration.

Förhandlingar, koalitionsbyggande och taktik, spelet mellan aktörer, har en viktig roll i demokratins praktiska politik. När beslut ska förverkligas i en osäker värld har vi att göra med människor med skilda mål och önsksningar. De argumenterar för sina idéer. De kan sabotera andras. De mobiliserar stöd för att stärka sin förhandlingsposition.

Vilken roll spelar då *irrationaliteten*? Har de rätt som menar att bara om vi erkänner oförnuftigheten som en realitet bakom åtskilligt av det som sker kan vi handla rationellt? "Informationssamhället" hotar att dränka oss i ett hav av data. Är andra metoder, kanske intuition och "skapande kaos", nödvändiga som komplement?

Låt oss se närmare på de fem synsätten.

Jerusalem-synsättet

Jerusalem-synsättet speglas i uppfattningen att det gäller för oss att ändra så litet som möjligt i tillvaron. För många känns föreställningen trygg att någon styr allt till det bästa: stjärnornas vandring och livets förlopp, årstidernas skiften och solens höjd. Också tillvarons skeenden och varandets växlingar.

I organisationers ledning företräds Jerusalem-synsättet av den "dynamiskt konservative", han som låtsas förändring men inte vill. Som gör patientenkäter men inte lyssnar på kritik. Av "inaktivisten" som inte vill ha sina cirklar rubbade. De enda organisationer som kan överleva sådan ledning är de som skyddas från omvärlden genom subventioner, bidrag eller anslag som utgår oavsett vad som görs.²

Las Vegas-synsättet

Ligger slumpen bakom det som händer? – För snart sagt varje patient lär det finnas någon annan med ungefär lika stora behov som inte kommit i åtnjutan-

de av vård.³ Bara drygt hälften av dem som obduceras bedöms ha rätt diagnos.⁴ Inte minst när det gäller äldre med sammansatta sjukdomar kan tillfälligheter bestämma diagnos och behandling. Avgörande kan vara vilken specialist man råkar hamna hos.

I Danmark har tre gånger fler toncillooperationer utförts per befolkning än i Sverige – som i sin tur haft många gånger fler gallstensoperationer än Danmark.⁵ En engelsk undersökning visar att bara en liten del huvudvärk, ont i halsen och smärtor i bröstet resulterat i läkarbesök.⁶ Sådana studier aktualiserar frågan vilka förhållanden som avgör. Är det "kamrat slumpen"?

Inom ledarskapsteorin talar man om "the garbage can model".⁷ Den anses ha giltighet när målen är oklara och det är osäkert vilken effekten kommer att bli av skilda handlingssätt. Modellen tar sin utgångspunkt i tre "strömmar" som tillfälligtvis möts i en situation när beslut ska fattas: problem, lösningar och aktörer. Beslut kommer enligt denna modell till genom att ett problem och en godtagbar lösning "slumpmässigt" finner varandra när aktörer ska fatta beslut. Den kallas "soptunnemodellen" eftersom beslutsprocessen anses vara lika oorganiserad som innehållet i en avfallstunna.

I en kommentar säger Jan Grund:⁸ "Ofte skyldes det tilfældigheder at det lages lover, bevilges penger og etableres tiltak som møter problemene. Som Paul Johnsen sier i sin rapport om sykehus: 'De fleste er faktisk av den oppfatning at beslutninger blir tatt tilfeldig og med lite hensyn til helhetsdriften av den medisinske behandling' ".^{8, s 177}

Ett ledarskap som kännetecknas av den andan kan symboliseras av "brandmannen", som rycker ut för att småskvätta efter hand som problemen fattar eld. Det som för tillfället råkar dyka upp blir det överskuggande.

Aten-synsättet

I teorin har rationalitet och logik en hedersplats. Forskning och utvecklingsarbete utgör grund för många av hälso- och sjukvårdens viktiga framsteg. Förtroghetskunskap kompletterar: "vetenskap och beprövad praxis".

Bakom Aten-synsättet finns metoder från antikens forskare och upplysningstidens sanningssökare. Mål bestäms. Alternativa handlingssätt identifieras. Mätning och värdering sker i förhållande till mål. Många teknologier kommer till användning: "metod-tid-mätning", "just-in-time" osv. "The economic man" och hans jordnäre frände "the administrative man" informerar, genomför och följer upp.⁹ Här kan en grund spåras till byråkratins pyramidorganisationer, till rationaliseringsrörelsens "taylorism", socialismens utopier och operationsanalysens modeller.

Reformer har ofta legitimerats med rationella skäl, av en politisk strävan "att lägga livet till rätta" för medborgarna.¹⁰ Detta har också mött kritik. Velfärdsbygget har, menar idéhistorikern Ronny Ambjörnsson, fått "karaktären av ett slags förnuftighetens tempel, obestridligt och på samma gång förla-

mande... Vetenskap och våld har det gemensamt att de är auktoritära”.¹¹ Existentiella värden som frihet och jämlikhet har kommit att framstå som planeringsinstrument; ”individer har förvandlats till moduler. Och hela välfärdsbygget har genom denna inriktning lagt en hämsko på kreativitet och utveckling”.

Ett ledarskap som får aktualitet i sammanhanget är expertens, den specialsakkunniges.² Som planerar och prognostiserar. Som vill vara samlingspunkt för kvalificerad kunskap. Som söker ligga före utvecklingen och talar om tillväxt. Som är övertygad att det är möjligt att byta kurs med hjälp av rationella metoder. Teknologin ges äran av framstegen. De problem som uppstår skylls på att tekniken inte använts eller missbrukats.

I memoarboken ”Från Vängåvan till till Kungsträdgården. Decentralisering – ideal och verklighet” berättar bankdirektören Jan Wallander¹² hur han vid ett tillfälle försökte omvandla managementlitteraturens recept till verklighet. Hans bank tog initiativ till ett utvecklingsbolag, och detta köpte ett litet företag som tillverkade släpvagnar. Det sköttes av familjen, tämligen enkelt. Banken såg till att företaget fick moderna redovisningssystem och principer för företagsledning. Efter detta viktiga framsteg sjönk lönsamheten snabbt. Vid närmare analys insåg Wallander att familjeföretaget hade utvecklat en egen, primitiv men effektiv struktur av personkontakter. En organisation måste ha stort spelrum för enskilda initiativ, för uppslag och idéer. Det är först då som den rymmer dynamik. Lärobokens rationalism är alltför begränsad för att ensam utgöra trovärdig modell.

Wallander säger att ”budget är ett fult ord för mig. När vi skulle ha behövt budgetar slår de fel, och när de slår rätt är de obehövliga” (Dagens Industri 12 oktober 1992).

Bryssel-synsättet

Vilken roll spelar taktik och utspel, öppet och förstulet hot och influenser via massmedia för det som sker? Hur viktig är ”den maximalakustiska principen”, ”decibelmetoden”, för utvecklingen? Håller de smidiga spelarna och de högröstade marknadsförarna på att ersätta ”rationella” forskare och planerare i betydelse?¹³

Pristagaren i ekonomi till Nobels minne 1991 Ronald Coase menar att förhandlingar mellan parter regelmässigt leder till resultat som maximerar välfärden.¹⁴ En förutsättning är ett mått av maktbalans mellan skilda intressegrupper.

I litteraturen återfinns Bryssel-synsättets tankegångar i exempelvis ”interaktivistens” ledarskap.² Denne finner störst tillfredsställelse i att få saker och ting att hända. Framtiden bedöms bero mer på vad man tar sig till mellan nu och då än på vad som hittills har skett. ”Interaktivisten” strävar efter att bygga nät av kreativa kontakter för att ta vara på ny kunskap. Teknologin anses varken bra eller dålig men har en potential i båda riktningarna. Resultatet beror på hur möjligheterna används.

Calcutta-synsättet

Calcutta-synsättet kännetecknas av irrationaliteten, den mer eller mindre organiserade anarkismen och kaoset som faktorer bakom en utveckling. Där finns kärlek och hat, glädje och sorg. Där finns fördomar och bitterhet, rädslor och "heliga kor". Karisma, skandaler och modevindar. Den stora smärtan och oförrätterna, kompensationsbegäret och intuitionen. Våra osynliga ockupationer: språkvanorna och lasten, traditionerna och glömskan, det styrande berömmet och den talande tystnaden. Där finns dialektikens pendlingar: från tes till antites. Där har vi också den offentlige chefen som mot all etik har närstående som förmånstagande underställda.

James Joyce pekar på "epifanin" som drivkraft, den plötsliga uppenbarelse som får oss att handla på tidigare oantsett sätt. Paulus efter omvändelsen på väg till Damaskus är exempel. Det handlar om ett tänkande som svarar mot andra behov än förnufts, om tecken och tolkningar som överbryggat generationer och sekler.¹⁵

Calcutta-synsättet aktualiserar den paradox som kan finnas i ledarskapet: "There go the mob... and I must follow them for I am their leader".^{16;17, s 152}

Synsätten och vården

Vad har de fem synsätten för giltighet i hälso- och sjukvården? – Tag som exempel akutmottagningen vid ett sjukhus efter en svår trafikolycka. Patientens desperata undran: "Varför skulle detta drabba just mig?" Pressad vill man känna ett fäste, något att klamra sig fast vid. Kanske Jerusalem-synsättets kapitulation: "Bäst som sker." – "Jag lämnar allt i Den högstes händer." – "Det finns kanske någon mening, trots allt, i det som sker..." Och hur ska patienten tolka doktors upprepade "Jag tror..." , "kanske..."?

En av 170 invånare drabbas i vårt land under ett år av olycka i trafiken, enklare eller komplicerad. Vilka som kommer att råka ut vet ingen. Slumpen tycks driva sitt spel.

Begrunda motsvarande situation i ett land med extremt marknadstänkande i sjukvården, som i USA vid 1990-talets början. Den som inte "spelat sina kort" rätt, den som inte har sin sjukvårdsförsäkring i ordning, hur ska denne klara av att betala? I Las Vegas är "kunden" ingen upplyst konsument. På en marknad finns inga bestående värden.

Sjuksköterskor och läkare skyndar att få patientens hjärta och lungor att fungera. De har sin uppgjorda rutin, utrustningen är på plats. Mediciner finns i ordning. Teknologin har utvecklats med vetenskapens hjälp. Logik och förnuft, Aten-modellen i sin prydning, sett från personalens perspektiv.

Ändå är arbetsfördelningen mellan exempelvis läkare och sjuksköterska inte given en gång för alla. Rollerna kan skifta beroende på situationens krav eller den fördelning man har diskuterat sig fram till. Och vilken ska övertalas att ta övertiden i dag? Det finns inslag också av Bryssel i vad som sker.

De anhöriga som kommit till akutmottagningen får intrycket av kaos och irrationalitet. Ingen synes ha ledningen i virvarret av patienter och anhöriga,

av stressade läkare och jäktade sköterskor: "Rena rama Calcutta". Blir det rätt behandling? Rätt medicin? Och vad gör en nybliven änka av sin förtvivlan, sin saknad och sorg?

När aktörer med vitt skilda föreställningar går in i en och samma situation finns risken att de inte möts, att de inte utvecklar en meningsfull kommunikation. Var och en kommer att känna sig som förlorare. Besvikelse och misstänksamhet blir följden.

Synsätten och tiden

Påverkan kräver tid. Tre slags, närmare bestämt: det förflutna i våra minnen, det närvarande i våra sinnen och framtiden i våra visioner.¹⁸ Tidsdimensionerna observeras för organisation lika väl som för individ. På individnivå gör sig det förflutna gällande i den genetiska informationen, arvsanlagen som på kanske 20, 30 eller 40 års sikt bär med sig ökad risk för sjukdom. Det *förflutna* bär vi med oss även i det själsliga, det djupast upplevda och det omedvetna.

Hur vi handlar kan ha samband med tidigare besvikelser, med rädsla och sorg som inte har bearbetats: "Ärren söker sina sår". I vårt undermedvetna ligger faktorer som bestämmer hur vi observerar och tolkar verkligheten. Minnena kan fylla oss med känslor av skuld eller få oss att drömma om "den gamla goda tiden".

*Nu*et gör sig gällande i organismen, i medvetandet, "vår utkikspunkt i den fysiska verkligheten". Kroppen känner balans eller obalans, är i harmoni eller lider. Redan antikens greker observerade att ju svagare kropp människan har, desto mer befaller den, och ju starkare den är, desto mer lyder den.

Bilden av *framtiden* präglar våra förväntningar och mål, det vi tycker borde komma eller som vi fruktar kan vara där. Vår relation till det kommande, okända, berör en andlig dimension. Visionen, tron, kan göra det möjligt att upptäcka sidor av tillvaron där också det svåra, den ofrånkomliga sjukdomen och lidandet, förvandlas till inre vinning och utveckling.

Framtidsbilden kan präglas av ångest eller förhoppningar om att allt en gång ska bli så mycket bättre. I boken "Livet måste ha mening" säger Victor Frankl: "Utan tvivel är människan ett andligt väsen, och hennes frihet är begränsad. Friheten innebär inte frihet från betingelser utan frihet att inta en bestämd hållning gentemot betingelserna."¹⁹

Också på organisationsnivå möter vi de tre tidsdimensionerna. Det *förflutna* speglas i organisationskulturen, i "det kollektivt omedvetna" (Carl Gustav Jung). På mer eller mindre patologisk nivå kan man tala om å ena sidan historielöshet och å andra sidan historiedeterminism.

Det *närvarande* finns i medvetandet, i vardagens gemenskap. På patologisk nivå finns å ena sidan en benägenhet att inte lyssna till ögonblickets signaler och å andra sidan egoförsjunken narcissism.

Framtiden möter vi i organisationens planer. På patologisk nivå kan man tala om å ena sidan en "låt-gå-mentalitet" och å andra sidan risken att fångas av förförande utopier.

I tidsperspektiv synes Jerusalem-synsättet höra hemma på den traditionsbärande delen av skalan, Aten-synsättet på den nu-orienterade och Las Vegas-

synsättet på den som präglas av förväntningar inför framtiden. Tentativt kan Calcutta-synsättet placeras mellan Jerusalem och Aten, och Bryssel mellan Aten och Las Vegas.

Det behövs balans mellan "då", "nu" och "sedan" för att inte skuld och ångest ska ta över. En sjuk organisation saknar ledare som klargör för folk var de har varit, var de befinner sig och vartåt verksamheten är på väg. Se figur 3:1.

Figur 3:1 Då, nu och sedan

	<i>Då</i>	<i>Nu</i>	<i>Sedan</i>
<i>Individ</i>	Minnena	Sinnena	Visionerna
	Genetisk info	Organism	Förväntningar
	Själ	Kropp	Ande
	Historia	Medvetande	Mål
<i>Psykologisk nivå</i>	Skuld eller "gamla goda tiden"	Balans eller obalans	Ångest eller "den ljusnande framtid"
<i>Organisation</i>	Tradition: "gamla goda tiden"	"Kollektivt medvetande"	Planer
<i>Patologisk nivå</i>	Historielöshet eller historie-determinism	Inte lyssna till stundens signaler eller narcissism	"Låt-gå-mentalitet" eller förförande utopier
<i>Synsätt</i>	Jerusalem Calcutta	Aten Bryssel	Las Vegas

Fem ideologiska hörn?

Markerar städerna fem ideologiska hörn? Är de symboler för skilda maktgrunder: ödet och slumpen, logiken, taktiken och kaoset? Ja, i princip. Men i praktiken förekommer de blandade och förklädda.

När en dansk pilot mirakulöst landat ett SAS-plan vid en skogsdunge i Uppland i december 1991 utan en enda person livshotande skadad fick han frågan hur han gått till väga. Svaret var att han bara upprepade vad han lärt under 20 års simuleringar – och att han bad Fader vår.

Världen är ordnad. Ändå synes allt inte vara förutbestämt. Vi lyder under naturlagarna, men de har sitt ursprung utanför naturvetenskapens värld av mätbara fakta. Ett djupare sammanhang än vi föreställer oss kan finnas mellan universum och vad som händer i vår värld.

Naturen fungerar i regel så effektivt och ekonomiskt som möjligt. Människan gör det i många fall inte; rationaliteten förvandlas till "en barkbåt på känslornas ocean". Calcutta-synsättets brist på förutsägbarhet är en reali-

tet som många föregivet rationella gemenskaper lever med.

När man studerar policy i praktiken finner man en kombination av dogm och skepsis, kalkyl och kultur, social interaktion och intellektuell reflektion, menar Aaron Wildavsky.²⁰ Allt trängs i oss, i våra organisationer.

Jerusalem och Las Vegas *kan* ligga nära varandra om man ser slumpen som "Den Högstes" sätt att vara anonym. Och Aten-synsättets rationella beslut kan inkludera Bryssel-synsättets dialog: "min köld och Ers Majestäts hetta", för att citera ordbytet mellan kung Gustav II Adolf och hans rådgivare Axel Oxenstierna.

I boken "The systems approach and its enemies" pekar C West Churchman²¹ på det rationalistiska synsättets fyra "fiender": politik och etik, religion och estetik. När det gäller dessa är svaret givet innan frågan är ställd. Men, säger Churchman, i helhetsperspektiv måste den rationella systemtänkaren erkänna och värdesätta också dessa, ja, rentav "omgestalta sig till sina fiender". De kanske visar sig vara mänsklighetens bästa vänner. Bara om vi lär oss förstå våra "fiender" kommer vi att till fullo förstå oss själva, menar Churchman. "Vi har mött fienden, och han är vi".

Det finns situationer i livet när vi känner oss vara närmare den ena än de andra av de fem städerna. Det kan kännas tryggt att vila i en barnslig tro att någon som vill oss väl styr allt till det bästa. Eller vi kanske kopplar av i förlitan på slumpen: "Jag har då alltid tur". Förnuftet är viktigt för hushållning och framåtskridande, även om ekonomer som studerat svenska landsting menar att "det går inte att styra med mål".²² Tillämpningen av den rationalitet vi som forskare vill bekänna oss till är i vår kultur ändå ytterst beroende av gemenskapens öppna kommunikation. Den process är viktig varigenom data kondenseras till information, information systematiseras till kunskap och kunskaper i erfarenhetens vinkällare förädlas till vishet.

Ett problem i hälso- och sjukvård ligger i att göra verklighet av allt det som kommer fram genom forskning och utvecklingsarbete. Också i att få förståelse för preventionens roll. När den kanadensiske hälsovårdsministern Marc Lalonde på 1970-talet presenterade "A new perspective on the health of Canadians"²³ menade han att levnadsmönstret spelar en avgörande roll för hälsan. Epidemiologen Alain Dever har gjort sig känd genom att i sin forskning söka kvantifiering: levnadsmönster 43 procent, arvsfaktorer 27 procent och miljö 19 procent.²⁴ Det senaste årtiondets forskare har gett större vikt åt arvet. TJ Bouchard Jr och medarbetare²⁵ ger med utgångspunkt i omfattande tvillingstudier ärftliga faktorer störst betydelse när det gäller intelligens. Ungefär 70 procent av variationen förknippas med genetisk variation. Författarna betonar dock att "this evidence for the strong heritability of most psychological traits, sensibly constructed, does not detract from the value or importance of parenting, education, and other propaedeutic interventions".^{25, s 223}

Den som är chef måste tro att framtiden kan påverkas. Viktigt är att ha klart för sig vad man önskar uppnå.²⁶ Förbättrad folkhälsa är ett angeläget mål. Att

förebygga ohälsa är meningsfullt. Studier på befolkningsnivå antyder att läkares råd om rökstopp kan vara 30 gånger effektivare, i kronor per vunnet levnadsår, än behandling med blodtryckssänkande läkemedel, och sådana råd skulle med motsvarande beräkning kunna ge 90 gånger högre återbäring än hjärttransplantationer.²⁷

Kraven från skilda intressenter på hälso- och sjukvård ökar. Den som är chef ska förverkliga en rad krav som sällan stämmer överens inbördes. Gäller det först och främst att visa handlingskraft?

En ledningstaktik som belyses i kritisk litteratur är att hålla isär dels resonemangen om vad som ska göras, dels besluten och dels handlandet.^{28,29} Resonemangen om framtida förändringar kan formuleras enkelt, rationalistiskt och slagkraftigt, exempelvis i utredningsdirektiv. Verkligheten är däremot inte klar och entydig. Att länge kvarhålla förändringar på resonemangets idéplan och presentera tankemodeller som om de vore dramatiska brytpunkter ger bilden av att den allena saliggörande, nya organisationsmodellen skulle finnas som medicin inom räckhåll. Så är det inte. Organisationsförändringar har blivit nära nog rutin. Modeller dammas av och återkommer. Att på nytt "utminutera" dem underlättas inte bara av lärande utan också av glömska.

Det finns filosofer som menar att det som sker på vår planet inte kan vara ett resultat av slumpen utan i stället är utomordentligt väl organiserat.³⁰ Biosfären synes vara ett självreglerande och självuppehållande system som ständigt ser till att de kemiska, fysikaliska och biologiska processerna skapar bästa möjliga förutsättningar för liv. Kanske rör det sig om ett levande system, "jordens reglerande hjärna och nerver".³¹

Ändå förefaller mänskligheten stå vid randen av en katastrof. De rationalistiska framstegen inom vetenskap och teknologi kröner människans arbete och underlättar vårt liv. Samtidigt bär de i sig fröet till mänsklighetens förintelse. Vår centrering kring "det hudomslutna jaget" blockerar insikten att vårt innersta väsen är i enhet med hela skapelsen.

Kanske finner vi spår av alla fem synsätten när vi studerar vad som sker i vår värld, det som händer oss människor. Men det finns en viktig skiljelinje mellan å ena sidan Aten- och Bryssel-synsätten och å andra sidan Jerusalem-, Las Vegas- och Calcutta-synsätten.³² En som markeras av synen på människans roll. I de första är hon ansvarig påverkare. I de senare är hon "ett rö för vinden".

God vård

Att ge "vård på lika villkor" är ett viktigt mål. Envar anses ha rätt till "bästa möjliga vård" vid behov. Hur detta krav ska tolkas är en fråga för forskning, praktik och diskussion. "Bästa möjliga" kan exempelvis betyda den vård som den rikaste skulle välja att betala för, eller den vård som gör välfärden i samhället, hur nu denna ska mätas, så stor som möjligt.

"Vård på lika villkor" förutsätter ledning. I en demokrati ska folkvalda förtroendemän bestämma verksamhetens mål, omfattning, inriktning och kvali-

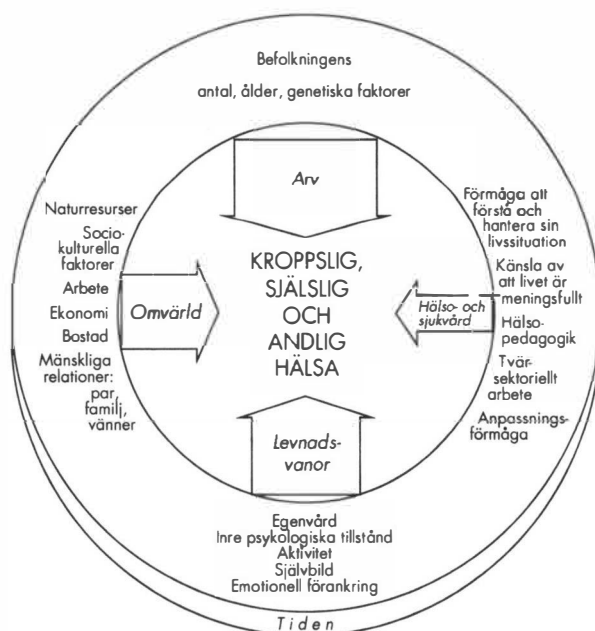
tet. Tjänstemän ska förverkliga politikernas beslut. Men hur stort är det politiska manöverutrymmet, valfriheten i det administrativa handlandet och det medicinska behandlandet?

"God vård" har kommit att betyda önskemål om att ha tillgång till snart sagt all vård. Till ingrepp och teknologier som i och för sig ligger inom möjligheternas ram men knappast inom de ekonomiska förutsättningarnas. Vad som önskades för ett årtionde sedan har blivit behov som gjorts till krav. Att förneka det rimligas gräns, att tro sig kunna hålla döden i schack håller ändå inte i längden.

Drivkraften

Vad driver oss framåt? Förnuft eller känslor? – Människan styrs i hög grad av sina känslor. Likt själens "bag-ladies" släpar vi på våra tidigare upplevelser. Vi kan inte delegera "släpet". Men ju mer vi lär känna våra egna "äkta" känslor desto mer ökar våra möjligheter att handla med ett mått av förnuft. Viktigt är *viljan* till utveckling, till att förstå de budskap vårt undermedvetna sänder. Om vi ger tid till eftertanke ökar vår förmåga att tolka känslorna och dra bärande slutsatser. På så sätt växer också förmågan att uppfatta känslor hos människor i vår omvärld och att positivt tolka dem. Motorn i mänsklig utveckling är behovet av kärlek och uppskattning, att veta att man duger. Konflikter uppstår när behovet är hotat eller otillfredsställt.

Figur 3:2 Faktorer bakom kroppslig, själslig och andlig hälsa



Hypotetiskt kan man anta att de genetiska faktorerna skulle betyda minst 40 procent, levnadsmönstren kanske 30 procent, miljön 20 procent och övrigt 10 procent.

Som patient måste man tala om vad man önskar och vill. Som tjänsteman och ledare måste man prioritera och handla utifrån professionella och etiska bedömningar. Det finns inga garantier för att allting ska gå bra till slut. Vi lever i gräsbitartid men också i kärlekstid. Som medmänniskor gäller det att bygga broar, om än bräckliga, till varandra.

I en demokrati har envar ansvaret och privilegiet att göra sina uppfattningar gällande i öppen diskussion. Detta även om man kan känna förståelse för den grekiske författaren Jannis Vlachojannis, han som en gång sa: "Människorna är tokiga, men de har en förnuftig Gud".

Tabell 3:1 Metoder för förändring

Jerusalem-synsättet (fatalism)

Jahve, Gud, Allah styr

Ödet, "nornorna", bestämmer

Arvet determinerar

Traditionen, minnena, utövar påverkan

Las Vegas-synsättet (hazardism)

Slumpen styr

Tillfälligheterna driver sitt spel

Aten-synsättet (rationalism)

Vetenskaplig forskning skapar möjligheter

Planering och strategival har vikt

Rationell information kan påverka

Bryssel-synsättet (machiavellianism)

Dialoger, förhandlingar är viktiga

Taktik, utspel och hot spelar roll

Calcutta-synsättet (irrationalism)

Känslor – kärlek och hat, rädsla och "heliga kor" – har betydelse

Karisma och visioner, skandaler och modevindar påverkar

Diskutera

1. Vad talar enligt Din uppfattning till förmån för Jerusalem-synsättet, Las Vegas-synsättet, Aten-synsättet, Bryssel-synsättet respektive Calcutta-synsättet?
2. "Bara om vi erkänner oförnuftigheten som en realitet kan vi handla rationellt." Vilken är Din uppfattning?
3. Inom ledarskapsteorin talar man om "the garbage can model", som anses ha giltighet när målen är oklara och effekten av skilda handlingsätt är osäker. Vad innebär denna modell?
4. Att omvandla managementlitteraturens recept till verklighet är svårt menar Jan Wallander. Ge Dina synpunkter.
5. James Joyce talar om "epifanin", den plötsliga uppenbarelsen som drivkraft och inspiration. Har Du exempel?
6. Vi påverkas av det förflutna, av rädsla och sorg som inte har bearbetats: "ärren söker sina sår". Ge exempel på hur vi kan påverkas av det undermedvetna.
7. Vilken betydelse har våra visioner för vårt sätt att handla?
8. C. West Churchman talar om det rationalistiska synsättets fyra fiender: politik och etik, religion och estetik. Kan de fyra fienderna också vara "människlighetens bästa vänner"?
9. Hur hårt är vi styrda av det arv vi bär med oss genom livet?
10. Vilken anser Du vara den viktigaste drivkraften bakom mänskligt handlande?

Litteratur

- ¹ Engelhardt, Jr, H.T., *The foundations of bioethics*, New York, Oxford: Oxford University Press, 1986.
- ² Ackoff, R.L., *Redesigning the future. A systems approach to societal problems*, New York: Wiley, 1974.
- ³ Bygren, L.O., *Met and unmet needs for medical and social services*, Stockholm: Karolinska institutet, 1974.
- ⁴ Britton, M., *Vad händer när anhöriga underrättas om planerad obduktion och hur viktiga är obduktionerna?*, Stockholm: Karolinska institutet, 1974.
- ⁵ McPehrson, K., "International differences in medical care practices", i *Health care systems in transition. The search for efficiency*, Paris: OECD Social Policy Studies 7, 1990, 17–28.
- ⁶ Banks, M.H., Beresford, S.A.A., Morrell, D.C., Waller, J.J. och Watkins, C.J., "Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20–44 years. A preliminary report", *International Journal of Epidemiology*, 1975;4:3, 189–195.
- ⁷ March, J. och Olsen, J.P., *Ambiguity and choice in organizations*, Bergen: Universitetsforlaget, 1976.
- ⁸ Grund, J., *Helsepolitikk i 1990 årene. Effektivisering, spill eller utvikling?*, Oslo: Tano, 1991.
- ⁹ Simon, H.A., *Models of man*, New York: Wiley, 1957.
- ¹⁰ Hirdman, Y., *Att lägga livet till rätta. Maktutredningens publikationer*, Stockholm: Carlsson, 1989.
- ¹¹ Ambjörnsson, R., "Socialismen är en humanism", *Dagens Nyheter* 31 december 1991.
- ¹² Wallander, J., *Från Vängåvan till Kungsträdgården. Decentralisering – ideal och verklighet*, Stockholm: Bonniers, 1991.
- ¹³ Luce, R.D. och Raiffa, H., *Games and decisions*, New York: Wiley, 1957.
- ¹⁴ Frängsmyr, I. (red), *Les Prix Nobel*, Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1992.
- ¹⁵ Bly, R. och Iron, J., *A book about men*, Reading MA: Addison-Wesley, 1990.
- ¹⁶ Hodgkinson, C., *The philosophy of leadership*, Oxford: Blackwell, 1983.
- ¹⁷ Lundquist, L., "Ledarskapet och följarna", *Statsvetenskaplig tidskrift*, 1989;92;149–171.
- ¹⁸ Ingvar, D., *Tidspilen. Cerebrala essäer*, Stockholm: Alba, 1991.

- ¹⁹Frankl, V., *Livet måste ha mening*, Stockholm: Natur och Kultur, 1986.
- ²⁰Wildavsky, A., *Speaking truth to power. The art and craft of policy analysis*, Boston: Little, Brown, 1979.
- ²¹Churchman, C.W., *The systems approach and its enemies*, New York: Basic Books, 1979.
- ²²Rombach, B., *Det går inte att styra med mål. En bok om varför den offentliga sektorns organisationer inte kan målstyras*, Lund: Studentlitteratur, 1991.
- ²³Lalonde, M., *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Ottawa: Information Canada, 1974.
- ²⁴Dever, G.E.A., "An epidemiological model for health policy analysis", *Social Indicators Research*, 1976;2:453–456.
- ²⁵Bouchard Jr, T.J., Lykken, D.T., McGue, M., Segal, N. och Tellegen, A., "Sources of human psychological differences: The Minnesota study of twins reared apart", *Science*, 1990;250:223–228.
- ²⁶Handy, C., *The age of unreason*, London: Arrow Books, 1989.
- ²⁷Gör prevention någon nytta?, Stockholm: Spri, 1991.
- ²⁸Brunsson, N., *The organization of hypocrisy*, Chichester: Wiley, 1989.
- ²⁹Brunsson, N., och Olsen, J.P., *Makten att reformera*, Stockholm: Maktutredningens publikationer, Carlsson, 1990.
- ³⁰Davies, P.C.W., *The mind of God*, New York: Simon & Schuster, 1992.
- ³¹Barrow, J.D., *Theories of everything. The quest for ultimate explanation*, Oxford: Clarendon, 1991.
- ³²Björk, S., *Några etiska grunder för beslutsfattande inom hälso- och sjukvården*, Lund: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi IHE, 1990:5.

4. Ohälsa igår, idag och imorgon

*Fattigdomssjukdomarnas epok 43 • Välleknads-
sjukdomarnas epok 44 • Tillitsohälsans epok 45
• Fattigdom och ohälsa 51 • Vad vill patienten? 52
• Att uppmärksamma förändringar 53 • Exempel på
program 55 • Slutsats 57 • Diskutera 61 • Litteratur 61*

Genom historien har sjukdom varit mänsklighetens följeslagare och gissel. Att lätta denna börda, trösta, lindra och om möjligt bota är vårdens viktiga värv.

Sjukvården är en av dagens stora industrier. Den sysselsätter en av tio. Den kräver närapå vårt tionde. Vård som fungerar väl är en av de mest angelägna uppgifterna i samhället. Men det är inte nog för folkhälsan. Engagemanget måste breddas. Hälsa och livskvalitet måste vara varje medborgares angelägenhet i gemenskapen. Egenvård, omsorg i den lilla gruppen och ideella insatser är viktiga för att inte de professionella vårdsystemen och institutionerna ska bryta samman. Förebyggandet är angeläget, inte som alternativ till vård men som alternativ till sjukdom, där så är möjligt.

Vad är sjukdom? Ordboken talar om ett tillstånd eller en episod med markerad avvikelse från det normala. Att vara fysiskt eller psykiskt sjuk är att vara begränsad, nedstämd och lidande.

Varför blir människor sjuka? För länge sedan trodde man att sjukdomar berodde på onda andar eller ödet. En del ville se dem som syndastraff. Tiderna förändras och med dem kunskaperna. Sjukdomarnas mönster har också ändrats med tiden. Låt oss analysera några tendenser under det senaste århundradet.

Fattigdomssjukdomarnas epok

Under 1900-talet kan man tala om tre skeden i folkhälsans utveckling i vår del av världen. Först fanns fattigdomssjukdomarnas epok med rötter långt tillbaka i tiden. Infektioner var det dominerande folkhälsoproblemet. Sjukvården hade ingen bot mot sådant som tuberkulos, lunginflammation och difteri. Det som erbjöds för att hjälpa naturen var i bästa fall lindring och tröst och kanske förvaring vid institution. Syftet var främst att hindra smitta. Kunskapen om bakterier och terapi var obetydlig men växte med den medicinska forskningen. Ändå minskade exempelvis lungtuberkulos innan verksamma läkemedel började finnas tillgängliga, och mässlingen gick tillbaka långt före det att vaccin fanns att tillgå.¹

Hälsa är politik

Vilka är orsakerna till att infektionssjukdomarna gått tillbaka? Förändringar *kan* ha skett i smittämnenas farlighet. Men troligen skedde förbättringarna i folkhälsan främst tack vare bättre bostäder och näringsriktigare kost, ökad vardagshygien och mindre barnkullar. De politiska åtgärderna för höjd standard i samhället och bättre livsvillkor var av allt att döma viktigare för folkhälsan än de medicinska. Gångna tiders infektionssjukdomar var ofta fattigdomssjukdomar, till stor del beroende på näringsbrist.²

Vällevnadssjukdomarnas epok

I dag är de klassiska infektionssjukdomarna i stort sett under kontroll i vår del av världen. De svarade i början av 1990-talet för bara sju promille av den totala dödligheten i Norden.³ Bland dödsorsakerna ligger hjärt- och kärlsjukdomar främst. De finns bakom vartannat dödsfall. På andra plats kommer tumörer. De svarar för mer än vart femte dödsfall. Var tredje till var annan person beräknas komma att drabbas av cancer under sin levnad. Av dem som får cancer lever nästan varannan efter fem år⁴.

Enigheten är stor bland forskarna om betydelsefulla risker. Maten innehåller i allmänhet för mycket mättade fettsyror, främst från daggdjursprodukter⁵. Tobaksrökningen är en stor sjukdomsorsak.^{6,7} Alkoholen orsakar kanske en femtedel av vårdens kostnader.⁸ Det ökade välståndet används i många fall på fel sätt: till vällevande i stället för till välgörande. Stress påverkar hälsan.⁹ Hög hastighet i trafiken ökar risken för olyckor och död.¹⁰ Man kan tala om vällevnadssjukdomarnas epok. Livsstilen medverkar till att nedbrytande civilisationssjukdomar utvecklas.

Tre av fyra vuxna svenskar anser att deras hälsa är bra. Samtidigt säger fyra av tio att de har någon långvarig sjukdom.¹¹ Drygt var femte av dessa har hjärt-kärlsjukdomar. Nästan lika många har sjukdomar i skelett och rörelseorgan. Var tionde långvarig sjukdom gäller nervsystemet eller sinnesorganen. Att en relativt stor grupp säger sig må bra trots kronisk sjukdom innebär att det centrala perspektivet för dem är ett annat än sjukdomens.

I Norden lever man i genomsnitt längre än i de flesta andra länder. När folk ändå dör i förtid, vilka är orsakerna? – För Sveriges del finner vi att *skador och förgiftningar* ligger främst med tanke på förlorade levnadsår i åldersklassen 1–65. De svarar för drygt en tredjedel. Tumörer utgör en fjärdedel och hjärt- och kärlsjukdomar en femtedel av de förlorade åren.¹²

I jämförelse med flera andra nationer har svenskarna ansetts vara mycket ofta borta från sina arbeten till följd av uppgiven sjukdom. Vad ligger bakom? När det gäller sjukskrivningstillfällena är *andningsorganens sjukdomar* den vanligaste orsaken. Främst gäller det vanliga förkylningar. Å andra sidan krävs de flesta sjukskrivningsdagarna av *värk i rygg och leder*, alltså skelettets och rörelseorganens sjukdomar. De uppges som skäl till var fjärde frånvarodag. De är också en orsak som anges för två av fem nybeviljade förtidspensioner.¹³ Bakom åtskilligt av detta finns *psykosociala faktorer*.

En undersökning av ett representativt urval vuxna danskar visar att 45 procent haft smärtor eller besvär i rörelseorganen de senaste 14 dagarna och att 13 procent fått bestående besvär. Här är kvinnor, manuellt arbetande grupper eller rutinarbetare överrepresenterade.¹⁴

Norden torde vara förhållandevis väl tillgodosett med sjukhussängar. Vilka sjukdomar ligger folk mest på sjukhus för? *Mentala rubbningar* har i Sverige orsakat 30 procent av vårddagarna, och *hjärt-kärlsjukdomar* finns bakom 25 procent.

Hur mycket skulle kunna förebyggas? Sjukdom har många orsaker: arv, miljö, levnadsvanor och tillfälligheter.¹⁵ Mot bakgrund av vad de senaste årens genforskning lärt oss ges arvsfaktorn betydligt större vikt i dag än för några årtionden sedan.

Levnadsvanorna förkortar livet och urholkar livskvaliteten för många. Det som sjukvården kan påverka i fråga om dödlighetsmönstret är en liten del, troligen ungefär tio procent.¹⁶ Sjukhusen anses ha medverkat med bara 3,5 procent till den ökning av medellivslängden som skett under 1900-talet.¹⁷

Tillitsohälsans epok

Tecken tyder på att ett tredje skede i folkhälsans utveckling kan vara på väg. Många som går till läkare anses inte i första hand lida av kroppslig sjukdom.¹⁸ Orsakerna är mer sammansatta. Kroniska ryggsmärtor kan i många fall förklaras av faktorer i den psykosociala miljön i arbetet, under fritiden och inte minst i hemmet.¹⁹ Man kan tala om "psyko-emotio-socio-somatisk" ohälsa, dvs där det finns en psykologisk, en emotionell, en social och en kroppslig komponent. I många fall är det livet självt som värker. Livssituationen är konfliktfylld och 'allmänt jobbig' för många. De diagnostiska instrument som finns tillgängliga visar inga kroppsliga fel. Begreppet "existentiell smärta" kan täcka delar av det här problemet. Mot den finns inga verksamma läkemedel.²⁰

Det ges många exempel på vad som skulle kunna vara "den nya ohälsan". Där finns missbruk av eget liv och andras, kriminalitet och utslagning. Hos storstadspojkar finns allt fler tecken på otrygghet, osäkerhet och dålig självkänsla, även på aggressivitet och okänsliga beteenden. Var tionde tonåring råkar ut för psykiska störningar.²¹ Två av tre kvinnor och nästan varannan man söker psykiater före 65 års ålder.²² Försäljningen av psykofarmaka 1989 innebar drygt 8 definierade dygnsdoser (DDD) per 100 invånare och dag.²³ Det är 50 procent mer än i Finland men bara två tredjedelar av den danska konsumtionen. Var tionde vuxen man och allt fler kvinnor har problem med alkohol. Narkotika förstör många ungas liv. Stress är en plåga för åtskilliga: barn i skotteltrafik mellan hem och daghem, skola och fritidshem, vuxna i och utanför arbetslivet, pensionärer som önskar men inte får arbeta osv. Man stressas inte bara av för mycket att göra utan också av för litet – av ensamheten som kanske är samhällets största gemenskap.

Nästan var tredje människa har självmordstankar någon gång i livet.²⁴ För varje utfört självmord räknar man med att det finns ett tiotal självmordsförsök och 100 som allvarligt överväger detta som en utväg.^{25,26,27}

En tvåårig studie i ett område i USA analyserade "den nya ohälsan" bland skolbarn: störningar i beteende och familjesociala problem som för 24 procent av barnen krävde ingrepp. De hörde ofta till den lägsta socioekonomiska gruppen. I genomsnitt var de sämre på att läsa och hade större frånvaro än övriga. De använde mer sjukvårdsresurser i och utanför skolan.²⁸

Det som kan vara ett nytt skede i utvecklingen, ett som kanske kan kallas tillitsohälsans epok, kännetecknas av *människors bristande förmåga att hantera livets risker och osäkerheter*. Man kan tala om tillitsbrist i flera riktningar. För det första i förhållande till en själv, ens egen förmåga att klara av livets besvärligheter. För det andra i förhållande till medmänniskor: familj, umgänge och andra närstående. Det gäller också organisationer och system, inte minst politiska och ekonomiska. För det tredje kan man tala om brist på tillit till förmågan att finna godtagbara svar på livets grundläggande frågor: Varifrån kommer jag? Vart är jag på väg? Varför finns jag här på jorden under några år?

Tre av fyra anser livet i vår del av världen vara mer riskfyllt nu än för 20 år sedan.²⁹ Orsakerna kan vara många. Storskalighetens problem blir med tiden mer synliga: sårbarheten, den tekniska känsligheten, de sociala och miljömässiga problemen. De internationella beroendena ökar: företagsköpen och koncernbildningarna. Individen får inget grepp om vilka som ytterst håller i trådarna.

Vilka löper störst risk för tillitsbrist? – Svar: Särskilt personer som saknar trygg förankring i en kulturtradition, som är utan fasta normer och som inte kan finna social identitet. Till doktorn säger de inte att de besväras av tillitsbrist, existentiella bristtillstånd eller "anomiskt syndrom", för att använda psykiatern Johan Cullbergs term.³⁰ I stället kan det handla om sömnstörningar, vag ängslan, orolig mage, huvudvärk, ledvärk eller trötthet. I en del fall finns ihärdiga önskemål om sjukskrivning. Impulsreaktioner med misshandel och förstörelse kan vara andra uttryck. Det finns hos många också en känsla av politisk och social maktlöshet. Många tröstar sig med konsumtion.

I det nya skedet tenderar den traditionellt medicinska karaktären i sjukvården att tunnas ut. Psykiatern och allmänläkaren blir alltmer socialvårdare och "själasörjare", kanske för människor som "flyr från friheten",³¹ som inte klarar sin orientering när de centrala värderingarna försvagas. En liknande utveckling finns inom flera andra medicinska specialiteter. Om man i god biomedicinsk tradition är van vid att möta patienter som har kroppsliga symtom, för vilka det finns specifik terapi, är det lätt att känna sig osäker och maktlös inför de mänskliga bekymmer som radas upp. En del, som känner sig hotade av utvecklingen, kan rota sig ännu fastare i en medicinsk försvarsroll.

Förr gick folk till prästen och bekände sina synder. I dag går många lika rituellt till doktorn. Från att tidigare ha varit 'portvakt' i samhällets 'trygghetsutspisning' blir läkaren i stället servitör. Sjukdomen definieras i stor utsträckning som vad patienten själv väljer att kalla sjukdom. Den

av samhället ålagda rollen att med läkarintyget som medel skipa social, ekonomisk och medicinsk rättvisa blir alltmer omöjlig.

Tillitsbristen är inte bara patienternas problem. Även de professionella grupperna finns med. Resultatet kan bli ett övermått av undersökningar för säkerhets skull – defensiv medicin. Det finns i många fall inga självskrivna gränser för hur omfattande diagnostiken kan göras. Den anses i dag kräva bortåt 30 procent av sjukhusens kostnader.³²

En 55-årig fiskhandlare och kommunalpolitiker söker läkare för gångsvårigheter. Han tar sig fram långsamt, har dålig balans och måste ta stöd mot en möbel innan han sätter sig. Besvären har han haft några månader. Den neurologiska läroboken ger 26 olika förslag till diagnos. Som en lösning för ögonblicket skriver läkaren remiss för röntgenundersökning. Av vad? Huvud, ryggrad, bäcken, höftleder, knäleder och fötter. Nöjd beger sig patienten till centrallasarettets röntgenavdelning där personalen sys-selsätts under flera timmar. Det gäller att inte missa någon eventuell tumör.

Enligt neurologisk expertis³³ är det rimligare att gå fram med mindre avancerad teknologi. Det första som bör göras är att undersöka om tecken finns på muskelförtvining. Om så är fallet kan det tyda på ett angrepp på de perifera motoriska neuronerna, från ryggmärgens framhornsceller till musklerna. För det andra bör förmågan till snabba, isolerade rörelser provas, t ex genom fingerspelning mot bordsskivan eller klappande fotrörelser mot golvet. Om det inte finns påtaglig muskelförtvining men förmågan till snabba rörelser är nedsatt torde de centrala motoriska neuronerna vara skadade. Vidare bör känseln i benen provas. Fotsule- och muskelreflexer kan ge upplysningar om var en skada kan vara lokaliserad. Försök kan också göras för att klargöra skadans orsak: yttre våld, infektion, förgiftning, tumör eller rubbning av ämnesomsättningen. För den händelse en röntgenundersökning ändå skall göras är det värdefullt för röntgenläkaren att veta vilken kroppsdel han bör vara särskilt uppmärksam på.

Vilken är den typiska patienten vid kliniken eller vårdcentralen? – Kanske en änka på 80 år som känner sig ensam och orolig. Hon har inte längre någon nära förtrogen som hon kan sätta sin lit till. Många av hennes vänner är döda. Hon har hjärtflimmer, förstoppning, underlivslidande, hudirritation och värk i lederna. Hon vågar sig inte så ofta ut från hemmet. Hon gråter och somnar framför teven om kvällarna. Det är inte lätt för henne att hålla ordning på de 20 medicinburkar hon årligen får utskrivna åt sig av välvilliga läkare.

Symtomfloran är brokig. Multifaktoriell, säger epidemiologerna. Det handlar om "skvadersjukdomar", sammansatta likt djuret, både hare och tjäder. De förändringar som framskymtar i ohälsans mönster och i vårdbehoven har hittills inte fått tillräcklig uppmärksamhet, varken i medierna, i den medicinska undervisningen eller i politiken. I vårdapparaten söker inte bara problemen lösningar. Det finns också lösningar som söker problem. I viss mån kan det gamla talesättet ha giltighet, att "för den som har en hammare som redskap

kommer mycket i omvärlden att betraktas som spik”. Visst händer det i platsbristens institutioner att medicinska problem hänskjuts till socialtjänsten, men vanligare är nog att allmänhetens tillitsbrist görs till medicinskt problem i en sjukvård där ett biomekaniskt synsätt dominerar.

Vi vet mer än förr varför människor blir sjuka, fast kunskapen är fragmentarisk. Ett problem är att få politiska och administrativa beslutsfattare att tillämpa det vetande som finns i praktisk politik för hälsa.

Människor behöver *tillit – en känsla att ens värld i tillfredsställande grad kan förutses, att saker och ting reder upp sig så bra som rimligen kan förväntas*. Att skapa denna tillit är kanske den viktigaste medmänskliga och politiska uppgift som gemenskapen står inför i dag.

Den israeliske forskaren Aaron Antonovsky ser människors egen livskontroll som nyckelfaktor för själslig hälsa. Den kontrollen har tre delar. För det första förmågan att förstå sin livssituation. För det andra förmågan att hantera livssituationen. För det tredje känslan att livet är meningsfullt, att ens existens har betydelse.^{34,35}

Även om de flesta uppfattar livet som mer riskfyllt än förr har det blivit mer spännande och stimulerande för många. Tillvaron har blivit rikare, mer laddad av utmaningar. Hoppet finns också att krig kan vara på väg att bli lika omodernt som gårdagens duellerande.³⁶

Ny ohälsa?

Är ”den nya ohälsan” ny? Har inte risk och osäkerhet varit människans ständiga följeslagare, parade med känslan av oförmåga att hantera följderna? Bristande självtillit, brist på förtroende för andra och brist på tillit till möjligheten att finna godtagbara svar på de existentiella frågorna är inte något som bara gäller vår tid. Rädsla, ensamhet och främlingskap – världslitteraturen ger talrika exempel. Harry Martinson beskrev i *Vägen till Klockrike* hur luffaren Bolle såg rädslan som världens största problem, och luffarens största problem var rädslan för rädslan. Den överdrivna rädslan för att folk skulle bli överdrivet rädda för honom.

Han kunde komma in i ett kök och själv stå vid dörren, bävande och rädd som en kuschad hund medan han till sin förtvivlan såg att de själva var lika rädda för honom som för en bengalisk tiger.

Problematiken är förvisso inte nyss tillkommen. Ändå är flera inslag nya. Vi har skapat materiella system för välfärd så att ingen ska behöva känna oro för sin ekonomi. Den yttre tryggheten är någorlunda väl tillgodosedd. Men som forskaren Abraham Maslow³⁷ påpekar i sin analys av de mänskliga behovens hierarki kan det vara så, att ju fler grundläggande behov för livets uppehälle som tillgodoses, desto mer fokuseras intresset på subtilare frågor. När väl de fysiologiska behoven och behovet av yttre trygghet har tillgodosetts blir andra behov aktuella. De kan gälla samhörighet, bekräftelse och inre utveckling. Maslows teori kan bidra till förståelse för tillitsbristen som ett växande problem i vår tid.

Förändringarna i arbetslivet kan också ha betydelse för tillsatsbristen. Kraven är stora på flexibilitet och förmåga till omställning. De som inte kan tillgodogöra sig ny kunskap tillräckligt snabbt riskerar att bli "know-nots", dvs personer som står utanför kunskapssamhället. Andra, som ensidigt låter sig formas efter prestationssamhällets ideal, kan bli känslomässiga analfabeter. När kontakt ansikte mot ansikte ersätts av kontakt med datorer, automater och robotar finns risk för att "elektroniska eremiter" eller "Aniara-människor", skapas. Allt större beroende av experter kan också ge dåligt självförtroende och oförmåga till eget ansvar.

Även om människorna slet hårdare förr var förankringen i tillvaron stabilare. Det man lärde, det lärde man för livet. Unga fick vägledning av äldres kunskap och erfarenhet. För dagens unga har den liten giltighet. Generationsklyftan vidgas. De äldres värde blundar man ofta för. Anknytningen bakåt går förlorad. Förr var de sociala nätverken få och stabila. Nu är de många och flyktiga. Instabiliteten i familjemiljön gör att många växer upp med oklara föräldraroller och med ytliga relationer. Bräckligheten är påtaglig i datasystem och samhälle. Följden kan bli känslor av främlingskap och hemlöshet. Många saknar både förankring i det förflutna och framtidstro. De känner sig inte ingå i något större, meningsfullt sammanhang.

Systemen i samhället har också blivit opersonligare och svårare att överblicka. Små organisationer gör social samhörighet möjlig. De stora kan ge främlingskap redan på avstånd.

För kvinnorna, som är överrepresenterade i "bära-, nära- och lära-yrkena", tenderar den totala ansvarsbördan att öka. Kraven och de många plikterna i förvärvsarbetet och hemmet samt resandet beslagtar det mesta av dagen. Många gemenskaper håller på att nära nog förvandlas till transportkompanier. Det är inte svårt att förstå att kvinnorna oftast tar initiativet till att bryta upp från äktenskapet, detta småföretag som numera så ofta byter personal.

Massmedia informerar oavbrutet om olyckor och katastrofer. Vi ser alltmer av världens sår men förstår kanske allt mindre av tillvarons gåtor. Begreppsmassor och bildfloder döljer det väsentliga: "Jag vadar i ord". Känner man sig vilse får man svårare att tolka vad som sker. När man inte vet hur saker och ting hänger samman hotar kaos. "Det hemskaste av allt är rädslan utan namn" (Tove Jansson).

De internationella beroendena ökar. Konkurrensen mellan länder och regioner om industri och sysselsättning tenderar att hårdna. Samtidigt finns en önskan från såväl politiska som fackliga och professionella sårintressen att få "frisedel från verkligheten".³⁸ De etablerar i grunden ohållbara revir.

De medmänskliga skyddsnäten brister för många. Ökad invandring gör att kulturella gränser suddas ut. De sociala umgängesformerna försvagas. Begrepp som "den belägrade familjen",³⁹ företeelser som "den urholkade fadersrollen",⁴⁰ generationsspliftring, separationer och urbanisering kan bidra till bristen på förankring. De militärtekniska hoten har varit enorma: "Av osäkra vapen är världen full, för säkerhets skull. Men varför det måste vara så

kan ingen förstå" (Nils Göran Hökby). Miljöförstöringen kan också medverka till tillitsbristen. Där finns industrins, biltrafikens och jordbrukets föroreningar. Avfallsberget växer. Mark försuras. I delar av Europa dör skogarna. Skogar bör väl vara mer motståndskraftiga mot föroreningar än människor? – Om gifterna får träden att dö kanske de förr eller senare också leder till att människor utvecklar sjukdomar och dör för tidigt?

En "kollektiv ångest" börjar sprida sig inför miljöproblemen och högteknologins risker: "Här är en rädsla som är över gränsvärdet". Allmänheten är bekymrad. Politikerna är oroad över allmänhetens bekymmer. Miljökämparna är oroad över att politikerna inte är mer oroad: "Så litet positivt händer". Forskarna är bekymrade över politikernas oro: "Den leder till förhastade beslut".

Och kan vi lita på producenternas och försäljarnas trovärdighet? – Antalet medel som kan frambringa allergiska sjukdomar hos disponerade personer har ökat. Hur många som har anlag för allergi vet ingen. Kanske gäller det 20–50 procent av befolkningen. Allergikern får fungera som alarmklocka i dagens kemiska djungel. Priset för den överkänslige kan vara att tvingas leva i en alltmer rymdkapselliknande tillvaro.

Hälsorådet i Göteborg säger i sin andra folkhälsorapport⁴¹ att sjukskrivning för "mentala rubbningar" och "symtom och ospecificerade fall" har ökat. Det framhålls att kroppsliga, psykosomatiska och psykiska problem i många fall härrör från människans svårigheter att klara samliv, samarbete och samhällsgemenskap. Det här är problem som växer. Rapporten lyfter fram behovet av skyddande sociala nätverk. För att göra något åt "samsjukdomarna" måste människors yttre och inre isolering brytas.

Det är angeläget att diskutera vilken utveckling som pågår i samhället och vart den leder. Inte minst gäller det hälsan för ungdomarna och för de äldre.

De yngres kroppsliga hälsa har förbättrats de senaste årtiondena, med undantag för ett fåtal diagnoser, såsom allergier. Många får dock bekymmer inför instabila uppväxtmiljöer. Data om utvecklingen pekar i skilda riktningar. Å ena sidan rapporteras från Norge en sjudubbling i självmordsfrekvensen bland pojkar i åldern 15–19 år under perioden 1961–84. Å andra sidan ger en nordisk översikt intrycket att psykosociala problem bland unga inte skulle ha ökat.⁴² Den allmänna bilden är dock att problemen växer.⁴³

Är ett samhälle som det svenska särskilt utsatt? En studie jämför hur skolbarn i fem länder upplever sin situation. På frågan "Känner du att någon tycker om dig?" svarade 11 procent av de svenska barnen "aldrig". Bland skolbarn i Spanien, Algeriet och Etiopien svarade ingen "aldrig" på samma fråga.⁴⁴

En annan studie om skolbarns hälsovanor i åtta europeiska länder ger en ljusare bild av Sverige. Så är t ex medicinförbrukningen låg utom för huvudvärk och sömnsvårigheter. De svenska barnen trivs jämförelsevis mycket bra med livet, även om trivseln avtar med stigande ålder. De har lättare att tala med mamma om problem. Men det är mindre vanligt att barnen har 'andra vuxna' att vända sig till för att få hjälp med problem.⁴⁵

Att de gamlas ensamhet i ett ålderssegregerat samhälle kan utvecklas till folkhälsoproblem har påtalats. Sandro Key Åberg illustrerar:

"Ibland är jag alldeles sjuk
alldeles sjuk av ensamhet,
förstår du.
Jag är alldeles för ensam
för att orka vara så ensam."

Vet vi hur svår de äldres ensamhetskänsla är? – En studie pekar på att allmänhetens föreställningar om hur de gamla har det stämmer dåligt överens med deras egen uppfattning. Medan nio av tio bland allmänheten trodde att de gamla såg ensamhet som ett problem uppgav bara var fjärde mellan 66 och 75 år detta. Allmänheten trodde att två av tre hade brist på vänner, men det sade sig bara en av tio 66–75-åringar ha. Bara en av fyra i den åldersgruppen hade en känsla av att inte behövas. Allmänheten antog att det skulle gälla åtta av tio.⁴⁶ Det är dock troligt att gruppen över 80 år känner sig ensam i betydligt större utsträckning än vad de närmast yngre grupperna gör.

Fattigdom och ohälsa

De tre epokerna – fattigdomssjukdomarnas, välevnadssjukdomarnas och tillitsohälsans – täcker delvis varandra. Den sämsta hälsan återfinns, nu som förr, i låginkomstgruppen. Det betyder att ekonomin alltjämt spelar en roll.^{47,48}

De resurssvaga föder en större andel korta och underviktiga barn. De har förhållandevis mer karies, mer kroniska sjukdomar och rörelsehinder. Folk med lågstatusyrken dör yngre. Män som tillhör den lägsta socialgruppen löper väsentligt större risk än andra för hjärt- och kärlsjukdomar. De får mest nervlugnande medel utskrivna, kvinnor mer än män. De resurssvaga tycks ha mindre möjlighet än andra att värja sig mot det medicinska etablissemangets bruk och missbruk av receptblocket. De resurssvaga tycks ha svårare att avstå från njutningsmedel och ändra kostvanor med alltför mycket fett och protein, sött och salt. En politiskt angelägen uppgift är att bidra till att förbättra levnadsvanorna, att stödja samhällets svaga, de som kanske betalar det högsta priset i samhällets välbefinnande. Det är anmärkningsvärt att de beslutande i det samhälls- och folkrörelseägda TV-företaget känt så litet ansvar att skapa medvetenhet om samband som gäller hälsan. Man har nöjt sig med att spegla tendenser i 'fladderkulturen'.

En undersökning i Stockholms län visar att klassklyftorna ökar när det gäller levnadsvanor och sjuklighet. Medellivslängden är mer än fyra år längre i Danderyd med dess villaområden än i höghus i söders ytterområden såsom i Botkyrka. Även om stockholmaren totalt sett blivit fysiskt friskare går utvecklingen åt skilda håll för olika yrkesgrupper. Skillnaden i förtidspensionering mellan Danderyds och Botkyrka kommuner är 200 procent. Satsningen på hälsoupplysning når främst välutbildade tjänstemannagrupper. De slutar röka. De motionerar. De äter fiberrikt och

grönt. Bland ensamstående mödrar röker tre av fyra. Bland välutbildade tjänstemän röker däremot bara en av sex. Skillnaderna kan ha att göra med olikheter i livsperspektiv. Välbeställda ser livet som en lång kedja av investeringar. I andra grupper handlar det om successivt nedskruvade förväntningar.⁴⁹

Det är viktigt att uppmärksamma förskjutningar i ohälsans mönster. Samtidigt finns skäl att varna för att hårdra psykosomatiska faktorerers betydelse. Att utgå från att varje patient som söker medicinsk hjälp har psykosomatiska problem leder till en överförenklad bild av patienterna. Det har funnits tendenser att hänvisa patienter till psykiater eller psykolog så snart kroppslig diagnos inte direkt låter sig ställas.

Vad vill patienten?

Är hälsa målet för varje patient? – Kirurgen Bernie Siegel menar i boken "Kärlek, medicin och mirakel"⁵⁰ att 15–20 procent av patienterna medvetet eller omedvetet inte vill tillfriskna. Bakom kan finnas en känsla av att ha förlorat en livsuppgift. På något sätt välkomnar de en allvarlig sjukdom. Det blir en möjlighet att fly.

Ungefär lika många patienter finns i den andra extremgruppen. De vägrar vara offer. De skaffar sig kunskap för att bli beslutskompetenta experter på sin egen hälsa och vård.

Majoriteten, 70–80 procent, finns mellan de här båda grupperna, menar Siegel. De vill vara läkaren till lags. De gör vad de blir tillsagda, såvida det inte gäller radikala förändringar i livsmönstret. Om valet står mellan att opereras och att ändra sin livsföring föredrar de operation.

Sjukdomens fördelar

Sjukdom kan i vissa fall ses som något positivt. Man får ett giltigt skäl att ta en paus och släppa ett besvärligt problem. Man kan få tillåtelse att göra saker som är viktiga för en och som man annars hade varit förhindrad att utföra. Man kan få uppmärksamhet och medkänsla, stöd och omvårdnad. Man kan få nya perspektiv, tid att fundera och ändra riktning. Sjukdomen kan ge en chans att ändra levnadsvanor eller sporra till personlig utveckling. Man behöver inte leva upp till sina egna höga förväntningar eller till sådana som andra ställer på en. Sjukdomen kan tjäna som ursäkt för misslyckanden. Den kan göra det lättare att visa känslor, att ge och ta emot kärlek och uppskattning.

Sjukdom kan också vara en metod att manipulera sin omvärld. Sjukskrivning kan ge ekonomiska fördelar. Det gäller i synnerhet om trygghetssystemen är så uppbyggda att närvaro på arbetet inte premieras framför frånvaro. Sjukdom, eller i varje fall den administrativa företeelse som heter sjukskrivning, anses i vissa fall fungera som hälsomedel. "Studier visar att de med större korttidsfrånvaro mår bättre än andra."⁵¹

Med den gnagande tillitsbristen, den urholkande oförmågan att hantera livets risker och osäkerheter är det förvisso annorlunda. Det är inget man gärna talar om, inget att få deltagande och intresse för.

Sjukdomens nackdelar

Sjukdom innebär många nackdelar för den enskilde. Att vara sjuk kan betyda att förlora kontrollen över sin situation. Det kan innebära att bli beroende av andra för livsfunktioner och daglig välfärd. Risk finns att betraktas som mindre värd. Sjukdom kan ge skam- och skuld känslor. "Jag har kanske mig själv att skylla?" – "Varför handlade jag som jag gjorde?"

Tillitsohälsan tas ofta inte på allvar och det finns väldigt litet positivt att erbjuda i traditionell sjukvård, inriktad på individ och sjukdom.

Att uppmärksamma förändringar

Stress, överbelastning av organismens anpassningsmekanismer, innebär att omgivningens krav blir en börda. Människans positivt bärande förmåga urholkas.

Det är inte bara den psykiska stressen som tilltar. Ökar gör också den kemiska belastningen i jord, luft och vatten. Sambanden mellan å ena sidan faktorer som stress och yttre miljöförstöring och å andra sidan människors hälsa är ofullständigt utforskade. Det finns skäl att anta att kemiska produkter verkar på ett sätt i en stark kropp och på ett annat sätt i en som är stressad.

Det finns en mängd kemiska föreningar på världsmarknaden om vilkas långsiktseffekter litet eller inget är känt. Vi vet inte mycket om hur de verkar tillsammans och när kroppen befinner sig under spänningstillstånd. En orsak till att så litet är känt kan vara bristande samarbete mellan naturvetenskapligt och psykologiskt orienterad forskning. Ännu årtionden efter C.P. Snows⁵² maning till samarbete står de vetenskapliga kulturerna långt från varandra. Ändå är behovet av samsyn större än någonsin.

En annan sorts stress är också värd att uppmärksamma. Den, nämligen, som ligger i att undertrycka en viktig del av sig själv.

Risk för behovsexplosion?

Vad händer om tillitsbristen fortsätter att breda ut sig? Om de många vardagliga problem och tröstebehov som man förr gick till gamla mormor eller en god vän med, i stället ska hanteras av sjukvården?

Det finns en stor "besvärspotential" hos allmänheten, det framgår av flera studier.

I en norsk avhandling av Grimsmo⁵³ görs bedömningen att av 1 000 personer har under en månad 250 inga sjukdomssymtom medan 90 har symtom som de inte bryr sig om, 500 har besvär som de klarar med egenvård eller inom familje- och vänskapskretsen, och 150 har besvär som de söker hjälp för inom primärvården. Nio får hjälp vid lokalt eller centralt sjukhus, och en läggs in för vård vid regionsjukhus.

En studie från England av 20–44-åriga kvinnor ger ännu en illustra-

tion till att allmänheten hittills sökt medicinsk hjälp endast för en mindre del av sina hälsoproblem. Bara ett av 456 problem förorsakade av orkeslöshet resulterade i läkarbesök liksom ett av 184 fall av huvudvärk, en av 109 störningar i magfunktionen, en av 20 menstruationsrubbningar, ett av 18 fall av ont i halsen och ett av 14 fall av smärtor i bröstet.⁵⁴

Osäkra allmänläkare kan överremittera och alltför självsäkra underremittera till sjukhus. En undersökning visar att de med den högsta remissfrekvensen sände patienter fyra gånger så ofta som de med den lägsta. Skillnaden kunde inte förklaras av olikhet i behov. Motivet för remisserna är i många fall oklart. När allmänläkaren, specialisten och patienten tillfrågades om syftet med remissen hade alla tre samma uppfattning bara i en tredjedel av fallen.⁵⁵

Många faktorer påverkar allmänhetens benägenhet att söka eller avstå från medicinsk hjälp. Det kan gälla hur allvarliga symtomen är, om de är påtagligt störande i den dagliga livsföringen, om det ges tillfälle att söka, om doktorn antas kunna göra något åt problemen och om det känns generande att söka för dem. Kostnaden i form av pengar, tid och besvär inverkar också. Inte minst viktig är patientens tillit till egenvården, till det sociala nätverket och till kroppens egen läkande förmåga. Sjukvården skulle rasa samman om inte egenvården och omsorgen i den lilla gruppen fungerade.

Samhällets organisation och bestämmelser är också betydelsefulla. En skämtare har sagt att om man skulle kräva recept för att få köpa plåster skulle sysselsättningen i vården öka med tio procent... Och självtilliten sjunka än mer.

Samhällets traditionella sjukvård står i stort sett handfallen inför det nya skedet. Andra vägar måste sökas.

Annan "ny ohälsa"

Finns då inte andra och bättre kandidater för beteckningen "den nya ohälsan"? Infektionssjukdomar av tidigare okända slag? Legionärssjukan, vars bakterie döljer sig i ventilationssystem och vatten? Retrovirus, "slow virus" som gömmer sig i hjärnans äggviteämnen och därför inte upptäcks av kroppens immunsystem? Efter en inkubationsperiod på kanske 30 år kan smittämnet aktiveras och leda till förstörd hjärnvävnad. Larm om dödsvirus i engelskt kött är exempel på något nytt av okänt ursprung.⁵⁶

Kemi- och bakteriekrigsplanläggarna i de militärindustriella komplexens hemliga djävulsverkstäder, vilka eländen skulle inte de kunna ställa till med för mänskligheten! Och har inte AIDS överraskat både fattigdomens och välfärdens länder? Är kanske en ännu bättre kandidat för beteckningen "den nya ohälsan" den risk för cancertidemi som kan bli följden om jordens skyddande ozonlager förstörs av rovdjuret människan? – På sitt sätt hänger problemen samman. Förändringar i det stora medverkar till tillitsbrist i det lilla. Vad som här har tagits upp är tendenser, inte en heltäckande bild.

Sjukvårdens framgång blir sjukvårdens problem

Orsakerna är många till att folk blir sjuka och inte mår bra. En del har vi kunskap om. Annat anar eller antar vi bara. Åtskilligt är höljt i dunkel. Ett dilemma av okänd storlek är att sjukvårdens framgång håller på att bli sjukvårdens problem. Möjligheten ökar att diagnostisera och behandla. Folk överlever svåra sjukdomar och skador som förr var livshotande.⁵⁷ Andelen mycket gamla har blivit större: "Vi blir så dåliga för att vi blir så gamla". Resurserna kan inte hålla jämna steg med den snabba medicin-tekniska utvecklingen. Även om sjukvården bara svarar för en mindre del av 1900-talets ökande medellivslängd är sambandet positivt.

De som står i frontlinjen, närmast patienten, ser med egna ögon till korta-kommandena, klyftan mellan att vilja och att kunna. Värnlöst väntas de möta, bemöta, hänvisa och avvisa. Kan de lita på skrivbordens och sammanträdesrummens kyliga strategier, de som orerar och laborerar med vad andra åstadkommer? De som företräder de demokratiskt beväpnade och avväpnade, i ständig konflikt mellan ordning och kaos.

Ansvar och hälsa

Förbättring till hälsa kan ske på många sätt. I åtskilliga fall läker tiden. "Vår Herre botar, doktorn tar betalt", sa man förr. Förändring kan ske genom egen kunskap och självinsikt som resulterar i handling, genom exempel och föredöme. I vissa fall fordras politiska beslut, administrativa bestämmelser och professionella insatser. Förändring till hälsa kan kräva omsorgsfull diagnos, behandling och omvårdnad. Yttre åtgärder är ibland viktiga och livsnödvändiga men ändå många gånger otillräckliga. Det kan vara nödvändigt att förändring kommer inifrån för att resultatet ska bli varaktigt. Det är obekvämt för många av oss därför att det förutsätter egen aktivitet, inte bara att vi passivt överlämnar oss till andras åtgärder. Det innebär att ta ansvar. Och ansvar är att vara beredd att se sig själv som orsak. Har jag eget ansvar kan jag också göra någonting själv.

Vår tid är begärens och besvärens, de gränslösa förväntningarnas. Men allt kan inte botas. Förgänglighet och död är lika naturliga som tillblivelse och skapelse. En del av oss har intrycket att sjukvården gjort sitt bästa för att undertrycka detta faktum. Det är en tystnad som inte medverkat till relationer av tillit.

Exempel på program

Vad kan vi göra för att tillitsbristen, dvs rädslan och osäkerheten inför det okända, inte ska bli ohanterbar? – För individen är det viktigt att våga ta ansvar inte bara för sig själv utan om möjligt också för att stödja medmänskan. Att ta ansvar för andra i det dagliga livet hjälper till att reducera ängslan. Det är hälsosamt att arbeta för och med andra och skapa nära relationer.^{58,59} Det ger tillfälle till att byta tankar och uttrycka känslor om det som är viktigt i livet.

I Linköping har äldre gått samman i föreningen Seniorerna för att utföra frivilliga, meningsfulla uppgifter i samhället. De lär ut självvård. De driver motion och andra livskvalitetshöjande aktiviteter. De bildar vän-tjänstgrupper. De stimulerar sysselsättning för äldre. De kanaliserar frigjord energi till kollektivt och individuellt skapande.

Även för hälso- och sjukvårdens inre arbete är starka nätverk viktiga. Samarbete över specialitetsgränserna är angeläget. Den akademiska världen i allmänhet, och sjukvården i synnerhet, har väl strukturerade revir. De har inte nödvändigtvis med verkligheten att göra. Gapet mellan teorin och praktiken ger spänningar. Är det "korporalvisdomen" som gäller: "Om kartan och terrängen inte stämmer överens, så kom ihåg att det är kartan ni ska rätta er efter."

Hälso- och sjukvården bör också arbeta nära samman med frivilligorganisationer, med kyrkor och samfund, idrottsföreningar och massmedia, producerande och distribuerande företag etc dels för att lära, dels för att påverka.⁶⁰ Den stora kunskap om ohälsans orsaker och hälsans förutsättningar som vårdsystemen samlar på sig måste föras vidare. Den måste bli utgångspunkt för praktiska åtgärder på andra håll och integreras i arbetet med patienterna.

Eftersom problemet med psyko-somatisk ohälsa är så stort, så kroniskt och växande har nya vägar prövats på skilda håll. I USA är det vanligt att församlingar och föreningar utbildar lekmän att bli "councillors" för att bistå som lyssnare, rådgivare och kontaktbyggare åt personer och grupper med problem.

Från en skola i Tvind, Danmark, rapporteras att läkaren tar emot elever endast om de kommer i sällskap med en klasskamrat. Man vill på så sätt visa att ohälsa inte är en privat angelägenhet utan något som angår den grupp som den sjuke tillhör. Sjukdomssymtomen ses som en signal som kan peka på missförhållanden, vilka bör rättas till. Symtomen används positivt till ökad självkännet och till att skapa förändringar som kommer hela gruppen tillgodo. Metoden sägs ha bidragit till att hindra isolering och utstötning. De som har symtom är oftare ensamma än andra. De har ingen kamrat att ta med. De väljer då en elev som har hög status i klassen. Detta visade sig innebära en förändring i elevens position i gruppen.⁶¹

Vid Didcot Health Center i Oxford, England, har allmänläkaren Gordon Lennox⁶² fört in "storgruppspsykiatri". Diagnosen för de patienter det gäller är oftast svår. De kallas ibland besvärliga, hopplösa, kroniska eller deprimerade och utan gensvar. Där finns hypokondriker, alkoholproblematiker och sådana som är läkemedelsberoende eller som utvecklat beroende av doktorn. Ibland bär de diagnosen psykopati eller personlighetsavvikelse. Risken är stor, menar Lennox, att läkaren hamnar i "benzodiazepinfällan" – att skriva ut läkemedel och tvingas fortsätta i grunden felaktiga förskrivningar. Sociala problem görs till medicinska. Den utvecklingen måste också ses mot bakgrund av läkemedelsfabrikanternas marknadsföring gentemot läkarna.

Det som tillämpas i Didcot innebär att en grupp om upp till femton

patienter mer eller mindre regelbundet träffar några terapeuter med medicinsk och icke medicinsk bakgrund. Icke-medicinarna kan vara bra på exempelvis drama, socialt arbete, musik eller konst. Varje patient får tillfälle att tala ut inför de andra och möta gruppens kommentarer. Även om systematisk utvärdering saknas anses metoden ha varit utvecklande för många.

Nyckelbegrepp är: "Dela med dig av dina erfarenheter, dina känslor, din historia." – "Det handlar om ditt liv, inte bara om en sjukdom". – "Det är du som är ansvarig för ditt liv, inte doktorn." – "Tänk efter vart du egentligen vill komma?" – "Piller ändrar din biokemi, inte dina problem."

Det är inte ovanligt att läkare på mottagningen numera säger: "Berätta inte det här för mig, berätta det för en grupp i stället".

Slutsats

"Jag jagar tröst som jägarn villebrådet" (Stig Dagerman). Det är viktigt att förstärka de tillitsskapande relationerna. Människors behov av tillit är i grunden gränslöst. Tillit är en utvecklingsprocess, en kedja där vi får och ger, ett samspel mellan människa och omvärld. Bara marginellt kan sjukvården bidra till den processen. Viktigt är att den gör det i situationer som verkligen är kritiska. I många fall är gruppdynamiken en outnyttjad resurs för hälsa, självinsikt och läkande. Den är en väg att öka sitt "gladkapital".

I anglosaxiskt språkbruk talas om utvecklingen "from death, disease and disability to dysfunction, discomfort and displeasure". De allvarliga, livshotande problemen har blivit en mindre del av sjukvårdsarbetarens vardag. De inre, esoteriska och existentiella problemen har av allt att döma kommit att utgöra en större del.

I det goda samhället har folk tillit till varandra, de där nere till dem där uppe och omvänt. Tillit bygger till stor del på osynliga kontrakt. Om dessa rivs sönder återstår allas kamp mot alla, allas försök att sko sig.

Gäller de stora hälsoproblemen i vårt samhälle själens nöd snarare än magens bröd? – Västerlandets kris är inte i första hand materiell. Snarare är den en andlig kris.

Tabell 4:1 Epoker och sjukdomar

Epok	Exempel på sjukdomar	Exempel på behandling	Kännetecken	Exempel på förebyggande
Fattigdoms-sjukdomarnas epok	Kolera Thyfus Skörbjugg Tuberkulos Pellagra Polio Smittkoppor	Förr: ospecifik	Orsakerna är nu väl definierade Förebyggande är möjligt och genomfört Vård behövs inte längre	Smittkällorna har utraderats Näringsriktigare kost Högre levnadsstandard Vaccinering Bättre bostäder och hygien
Vällevnads-sjukdomarnas epok	Lungcancer Bronkit Levercirrhos Olycksfall Karies Livmoder-cancer Hjärnblödning Magsår Hjärtsjukdomar Vissa cancer-former	Operation eller mediciner Kirurgi Läkemedel Stor kirurgi ersätts eller kompletteras med annan riktad terapi	Relativt stor vårdkonsumtion Förebyggande är möjligt men ej genomfört Orsakerna är relativt väl kända Behandling är tillgänglig Sjukligheten minskar Förr: vårdkrävande	Minskad rökning Mindre alkohol-konsumtion Försiktigare trafik Bättre kost Sexhygien Högriskpersoner och riskfyllda livsmönster identifieras
Tillitsohälsans epok	Alkoholism Narkomani Psykosomatiska och psykiska lidanden och sjukdomar Själv-mords-försök	Ospecifik Vissa jag-stärkande terapier Relations-skapande Förtroende-skapande Samtalsterapi gruppterapi	Vårdkrävande Omfattande diagnostik "för säkerhets skull" Betydande behov av insatser	Stödande relationer Socialt nätverksbyggande Stödande relationer
Annan sjukdom eller ohälsa	AIDS och andra sexuellt överförda sjukdomar Benskrighet Gallbesvär Kärlsjukdomar Bröstcancer Ändtarmscancer Barndiabetes Kroniska neurologiska sjukdomar Rheumatoid artrit Vissa cancer-former Insulinberoende diabetes	Ospecifikt Kirurgi Symtomhämmande Smärtstillande	Ökar Ökar Minskar Ökar Ökar Viss ökning Ökar starkt Orsakerna är okända Omfattande diagnostik Långa vårdepisoder förekommer	Fast förbindelse Motion Balanserad kost Grönsaker, frukt Mager kost Fiberrik kost Ospecifikt

Tabell 4:1 ger exempel på sjukdomar, behandling, kännetecken och förebyggande som kan relateras till de tre epokerna: fattigdomssjukdomarnas, vällevnadssjukdomarnas och tillitsohälsans. Denna indelning täcker dock långt ifrån alla hälsoproblem, en hel del måste föras till kategorin "annan sjukdom eller ohälsa". Tabellen utgör en omarbetning med utgångspunkt från en analys av Kuller.⁶³

Tabell 4:2 Långsiktiga förändringar (jämför källa 64)

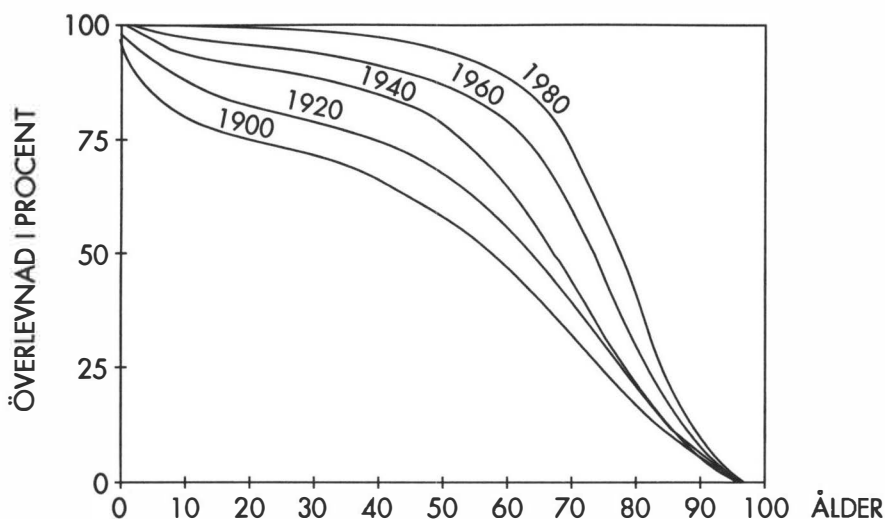
Tid	Arbetsstruktur	Familjestruktur	Bosättningsstruktur	Ohälsostuktur	Epok
1790	90 procent i jordbruk	Flergenerationsfamilj	Oskiftade byar	Fattigdom Infektioner Epidemier	Fattigdomssjukdomarnas epok
1960	13 procent i jordbruk Tyngdpunkt i industri	Kärnfamilj och sambo	Tätorter	Vällevnad Livsstil	Vällevnadsjukdomarnas epok
1990	2 procent i jordbruk Tyngdpunkt i tjänster	Kärnfamilj Sambo, närbo, särbo, långbo, mångbo, Snabbfamilj	Storstadsområden	Tillitsbrist	Tillitsohälsans epok

Tabell 4:2 illustrerar några långsiktiga förändringar i "tillitsfaktorer" under två sekel. 1790 arbetade ca 90 procent av de yrkesverksamma i jordbruk. Flergenerationsfamiljen var relativt vanlig. De flesta bodde i oskiftade byar. Fattigdom ledde till infektioner och epidemier. Motståndskraften hos befolkningen var dålig.

1960 hade jordbruksbefolkningen minskat till ca 13 procent av de yrkesverksamma. Tyngdpunkten låg i stället i industrisysselsättning. Kärnfamilj och samboskap kännetecknade familjestrukturen. Allt fler flyttade till tätorterna. Vällevnadssjukdomarna började bli en realitet.

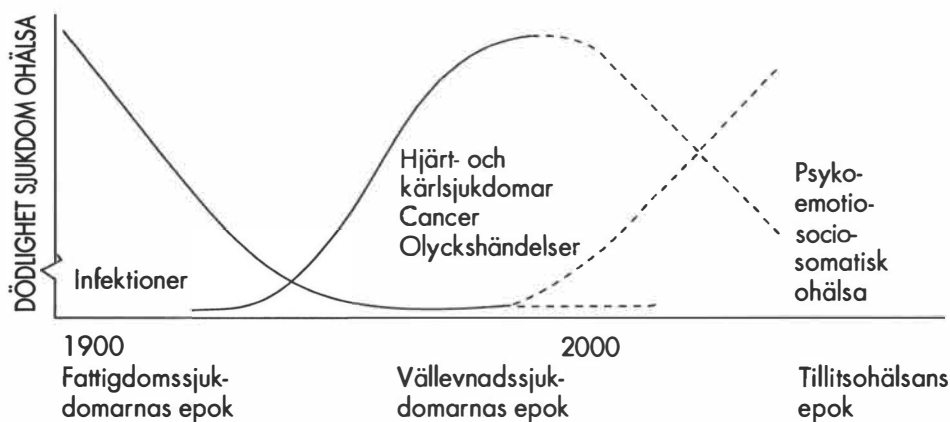
Vid 1990-talets början arbetade bara ca 2 procent av de yrkesverksamma i jordbruk. Tyngdpunkten hade förskjutits från industri till service. "Familjestrukturen" var blandad: utöver kärnfamilj och samboförhållanden också närbo, särbo, långbo och mångbo. Kanske man också kan tala om "snabbfamiljen". Tillitsbristen tilltar.

Figur 4:1 Livskurvans rektangularisering. Överlevnadskurvor för kvinnor och män, USA, 1900-1980



Figur 4:1 ger en illustration, lånad från Fries,⁵⁷ till en viktig förändring i livskurvan under 1900-talet. Den maximala livslängden är i stort sett oförändrad under denna tid men folk lever längre och mår dessutom överlag bättre än förr vid given hög ålder. Även om kurvorna blivit mer rektangulära siktar de mot i stort sett samma punkt.

Figur 4:2 Det tjugonde århundradets sjukdomspanorama



Figur 4:2, som är bearbetad efter Hjort,⁴³ summerar sjukdomspanoramats utveckling i vår del av världen under det tjugonde århundradet: från fattigdomssjukdomar, över vällevnadssjukdomar till tillitsohälsa.

Diskutera

1. Vilka anser Du vara de viktigaste orsakerna till att infektionssjukdomarna gått tillbaka?
2. Vilka är de viktigaste faktorerna bakom vällivnadssjukdomarna?
3. Anser Du det motiverat att tala om "tillitsohälsans epok"? Ge motiv för och emot.
4. "Rädslan är världens största problem". Stämmer detta med Din uppfattning?
5. Ge exempel på möjliga strategier för att begränsa tillitsbristen?
6. Det finns en del som tyder på att klassklyftorna är på väg att öka också i Norden. Vad kan göras för att förbättra de underprivilegierades hälsa?
7. Viktigt är att öka människornas "gladkapital". Hur?
8. Vad talar för och vad talar emot att "västerlandets kris" är en andlig kris?
9. Sjukvårdens framgång tenderar att bli sjukvårdens problem. Vad finns att göra?

Litteratur

- ¹ McKeown, T., *The role of medicine. Dream, mirage, or nemesis?*, London: Nuffield, 1976.
- ² Högberg, U., *Svagärens barn*, Stockholm: Liber Förlag, 1983.
- ³ *Health statistics in the Nordic countries 1988*, Köpenhamn: Nordisk Medicinalstatistisk Kommité, NOMESCO, 1990.
- ⁴ DeVita, V.T., *Cancer patient survival statistics*. NCI update. Bethesda, MD.: National Cancer Institute, 26 nov, 1984.
- ⁵ *Cancer. Orsaker, förebyggande m.m.*, Betänkande av cancerkommittén, Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, Socialdepartementet, 1984:67.
- ⁶ *Smoking and health, a report of the Surgeon General. The health consequences of smoking. The behavioral aspects of smoking. Education and prevention*, Washington: US Department of Health, Education, and Welfare, US Government Printing Office, 1979.
- ⁷ *Tobakslag*, Betänkande av tobaksutredningen, Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, Socialdepartementet, 1990:29.
- ⁸ Johnson, A., *100 miljarder kostar supen*, Göteborg: Sober, 1990.
- ⁹ Levi, L. (red). *Society, stress and disease. volume 1. The psychosocial environment and psychosomatic diseases*, London: Oxford University Press, 1971.
- ¹⁰ *Proceedings of "Roads and traffic safety on two continents"*, Konferens i Göteborg 9–11 september 1987, Linköping: Statens väg- och trafikinstitut, VTI-rapport 332A, 1988.
- ¹¹ *Ohälsa och sjukvård. Levnadsförhållanden 1975–83*, Rapport 42, Stockholm: Sveriges Officiella Statistik, Statistiska Centralbyrån, 1987.
- ¹² *Ohälsa och vårdutnyttjande. Hälso- och sjukvård inför 90-talet*, Stockholm: Statens Offentliga utredningar, 1981:2.
- ¹³ *Folkhälsorapport*, Stockholm: Socialstyrelsen, 1987:15.
- ¹⁴ Rasmussen, N.K. m.fl., *Sundhed og sygelighed i Danmark 1987*, Köpenhamn: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1988.
- ¹⁵ Dever, G.E.A., "An epidemiological model for health policy analysis", *Social Indicators Research*, 1976:2, 453–456.
- ¹⁶ Lalonde, M., *Ny syn på hälsan*, Stockholm: Socialstyrelsen, Byrån för Hälsoupplysning, andra reviderade upplagan, 1981.
- ¹⁷ McKinley, J. och McKinley, S., "The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1977; 55:3, 405–428.
- ¹⁸ Balint, M., *The doctor, his patient, and the illness*, New York: Pitman Medical, 1957.
- ¹⁹ *Ont i ryggen. Ett samhällsproblem*, Rapport från SBU-konferensen 10 november 1989, Stockholm: Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metodik, 1990.
- ²⁰ Yalom, I.D., *Existential psychotherapy*, New York: Basic Books, 1980.
- ²¹ Jakobsson, G. och Köhler, L., *Barns hälsa i Sverige. En kunskapsöversikt*, Göteborg:

- Nordiska hälsovårdshögskolan, april 1990 (mimeo).
- ²² Hagnell, O., *A prospective study of the incidence of mental disorder. The Lundby Project*, Stockholm: Norstedts, 1966.
 - ²³ Johansson, H. och Nordenstam, I., *Svensk läkemedelsstatistik*, Stockholm: Apoteks-bolaget, 1990.
 - ²⁴ Renberg, E., Jacobsson, L. och Tungström, S., "Enkätundersökning i Västerbotten. 32 procent har självmordstankar någon gång i livet", *Läkartidningen*, 1986; 83:28-29, 2460-2463.
 - ²⁵ Paykel, E.S., Myers, J.K., Lindenthal, J.J. och Tanner, J., "Suicidal feelings in the general population: a prevalence study", *British Journal of Psychiatry*, 1974;124, 460-469.
 - ²⁶ Stengel, E., *Suicide and attempted suicide*, London: Penguin, 1967 (Svensk upplaga: *Att förstå självmord socialt och psykologiskt*, Stockholm: Verbum, 1968.)
 - ²⁷ Weisman, A. och Hackett, T.P., "Prediction to death. Death and dying as a psychiatric problem", *Psychosomatic Medicine*, 1961;23, 232-256.
 - ²⁸ Nader, P.R., Ray L. och Brink S.G., "The new morbidity: Use of school and community health care resources for behavioral, educational, and social family problems", *Pediatrics*, 1981;67:1, 53-60.
 - ²⁹ Lindén, H.H., Busch, K., Borgenhammar, E. och Malmfors T., "Experters och lek-mäns syn på risker och riskinformation i samhället", *Svensk Farmaceutisk Tidskrift*, 1989;93, 18-24.
 - ³⁰ Cullberg, J., *Dynamisk psykiatri*, Stockholm: Natur och Kultur, 1985.
 - ³¹ Fromm, E., *Escape from freedom*. Toronto: Oxford University Press, 1941.
 - ³² Hasselgren, A.M., Håkansson, S. och Reizenstein, P., "Svårt spara i sjukvården utan 'biverkningar'", *Läkartidningen*, 1986;83:21, 1943-1944.
 - ³³ Störtebecker, P., *Slösar Sverige sjukvård?*, Stockholm: Norstedts, 1976.
 - ³⁴ Antonovsky, A., *Health, stress and coping*, San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
 - ³⁵ Antonovsky, A., *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
 - ³⁶ Mueller, J., *Retreat from Doomsday*, New York: Basic Books, 1989.
 - ³⁷ Maslow, A., *Motivation and personality*, New York: Harper & Row, 1954.
 - ³⁸ Shein, H., "Därarnas paradis", *Dagens Nyheter Debatt*, 20 februari 1990.
 - ³⁹ Lasch, C., *Den belägrade familjen*, Stockholm: Norstedts, 1983.
 - ⁴⁰ Lasch, C., *Det minimala jaget*, Stockholm: Norstedts, 1985.
 - ⁴¹ *Folkhälsorapport 2*, Göteborg: Hälso-rådet i Göteborg, Samhällsmedicinska expert-rådet, 1989.
 - ⁴² Köhler, L. och Jakobsson, G., *Children's health and wellbeing in the Nordic countries*, London: MacKeith Press, 1987.
 - ⁴³ Hjort, P.F., *Helse, miljø og levekår*, Oslo: Norges Almenvitenskapelige Forsknings-råd, 1989.
 - ⁴⁴ Kälvesten, A.-L. och Ödman, M., *Barn i fem länder tecknar och tänker*, Stockholm: Liber utbildningsförlaget, 1979.
 - ⁴⁵ Marklund, U. och Strandell, A., *Europeiska skolbarns hälsovanor. En statistisk jämförelse. A WHO Cross National Study*, Stockholm: Skolöverstyrelsen R89: 26, 1989.
 - ⁴⁶ Tornstam, L., Odén, B. och Svanborg, A., *Äldre i samhället: Förr, nu och i framtiden. Probleminventeringar*, Stockholm: Liber Förlag, 1983.
 - ⁴⁷ Vogel, J., *Det svenska klassamhället. Klasstruktur, social rörlighet och ojämlikhet. Levnadsförhållanden 1975-85*, Rapport nr 50, Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1987.
 - ⁴⁸ Söderfeldt, B., *Inequality in health*, Stockholm: Karolinska Institutet, Vårdcentra-len Kronan, 1988.
 - ⁴⁹ Johansson, A., "Hälsan bäst i norr. Klassklyftorna ökar i Stockholmarnas sjukdomsmönster", *Dagens Nyheter*, 20 september 1990.
 - ⁵⁰ Siegel, B., *Kärlek, medicin och mirakel*, Stockholm: Bonniers, 1988.
 - ⁵¹ Kierkegaard, N., "Håll dig frisk - stanna hemma från jobbet!", Intervju med stress-forskaren Bengt Edgren, *IDAG*, 21 maj 1990.
 - ⁵² Snow, C.P., *The two cultures and the scientific revolution*, London: Macmillan, 1959.
 - ⁵³ Grimsö, A., *Fra å bli syk til å bli pasient*, Oslo: Gruppe for Helsetjenesteforskning, 1984:1.
 - ⁵⁴ Banks, M.H., Baresford, S.A.A., Morrell, D.C., Waller, J.J. och Watkins, C.J., "Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44 years. A preliminary report", *International Journal of Epidemiology*, 1975;3, 189-195.

- ⁵⁵ Henderson, E. et al, *Managing health services, Book 10: The manager and the wider world*, London: Open University, 1990.
- ⁵⁶ Koch, M.G., "Dödsvirus i kött?", *Dagens Nyheter Debatt*, 11 juni 1990.
- ⁵⁷ Fries, J.F., "Ageing, illness, and health policy: Implications of the compression of morbidity", *Persp Biol Med*, 1988; 31, 407–428.
- ⁵⁸ Janis, I., *Air war and emotional stress*, New York: McGraw Hill, 1951.
- ⁵⁹ Rachman, S., "The concept of required helpfulness", *Behav Res & Therapy*, 1979; 16, 1–6.
- ⁶⁰ Kuhnle, S. och Selle, P. (red), *Frivillig organisert velferd – alternativ til offentlig?*, Bergen: Alma Mater Forlag, 1990.
- ⁶¹ Laurén, K., "Barnet, sjukdomssymptomen och familjen", i Mellgren, A. (red), *Psykosomatisk medicin. En helhetssyn på människan*, Stockholm: Natur och Kultur, 1980, 214–233.
- ⁶² Lennox, I.G., *Large group psychotherapy in a community setting. The problem of psychiatry in general practice*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1988 (mimeo).
- ⁶³ Kuller, L.H., "Epidemiology and health policy", *Am J Epidemiol*, 1988;127:1, 2–16.
- ⁶⁴ Wärneryd, O., *Bostadsskiften och tätortsstruktur*. Plan 1985; 1, 27–33.

5. Perspektiv på hälsa

Sjukdomssynsättet 64 • Hälsosynsättet 68
• *Aktörer och modeller 72 • Helheten 72*
• *Diskutera 83 • Litteratur 83*

"Hälsan är allt. Allt, allt är allsinte när intet är hälsan" skrev Georg Stiernhielm i *Hälsepris* på 1600-talet. "Hälsans gåva, dyra gåva... Som av oss dock sällan skattas, Kanske först när den oss fattas", diktade J.O. Wallin.

Få ord har mer angelägen innebörd än hälsa – i debatten, i politiken, i praktiken. Vad är då hälsa? Att må bra, ha fina laboratorievärden, fungera i gemenskapen, inte vara sjukskriven... Definitionerna är många. Vad man väljer som kännemärke har att göra med det synsätt man utgår från.

Två i grunden olika synsätt kan urskiljas. Det ena är sjukdomssynsättet, det andra är hälsosynsättet.¹ De två kompletterar varandra.

Med *sjukdomssynsättet* som utgångspunkt är människan en samling sjuka eller ännu icke sjuka celler och organ. Med *hälsosynsättet* som utgångspunkt är människan en hel individ som är en del av en grupp och ett samhälle. Hälsoperspektivet ligger bakom Världshälsoorganisationens devis "Hälsa för alla".^{2,3} Förebyggande, som är centralt i hälsoperspektivet, ska ses som alternativ i vissa fall till sjukdom, inte som alternativ till behandling.

Sjukdomssynsättet

Med sjukdomssynsättet som utgångspunkt är hälsa frånvaro av sjukdom. Man kan tala om två sjukdomsmodeller: den bio-mekaniska och den psyko-dynamiska.

Den bio-mekaniska modellen

Det finns en teckning från 1800-talet som visar kroppen som en industri. Hjärtat är pumpstation, hjärnan telefonväxel, matsmältningsapparaten koks-kamin och luftrören skorsten. Det är en grov bild som betonar det tekniska, det mekaniska i kroppens sätt att fungera.

Den bio-mekaniska modellen innebär en apparatmässig syn på människan. Hon betraktas som det högst stående däggdjuret. Hon har liksom chimpansen formats av slumpmässiga mutationer och urval. Hon är till stora delar bestämd av den genetiska kod hon fötts med och bär med sig till följd av arvet.

Kunskapen har ökat de senaste årtiondena om cellernas innersta, om DNA (bärarna av den genetiska informationen) och RNA (proteinsyntesens kärna), om enzymer, receptorer och signalämnen. Ärftliga dispositioner kan finnas bakom hälften av alla sjukdomar. Det finns för det första genetiska sjukdomar,

såsom mongolism och blödarsjukdom. Det finns för det andra sjukdomar för vilka ärftlig disposition är en medverkande men sällan utslagsgivande faktor, exempelvis många vanliga kroniska sjukdomar. Det avgörande kan vara miljö och levnadsmönstret. Det finns för det tredje sjukdomar vars orsaker är okända och för vilka ärftlig disposition har betydelse. Flera har samband med ålder, såsom senil demens.

Kartor håller på att tas fram över den mänskliga arvsmassan. Dessa kartor kan fungera som biologiska kristallkuler. Forskningen om molekyler har blåst nytt liv i en biologisk lära om predestinationen, det i arvet förutbestämda. Ytterst finns enligt det synsättet bara mekanisk nödvändighet, slump och föränderlighetslagar.

Det är viktigt att utforska och förstå de biologiska, tekniska och kemiska samband som finns. Men den bio-mekaniska modellen ger inte hela bilden av människan. Om varje mänskligt uttryck ses som resultatet av mekaniska processer går andra väsentligheter förlorade.

Vårdsystemets uppgift, vilken är den, sedd från bio-mekanisk utgångspunkt? Att så gott det går underhålla och reparera "maskinen människan".

Den bio-mekaniska modellen är betydelsefull, i många fall livsavgörande. Värdet erkänns i alla läger. Den har lämnat väsentliga bidrag till människors livskvalitet. Ledkirurgin, transplantationskirurgin, hjärt- och ögonoperationerna samt de moderna läkemedlen är några exempel.

Med den modellen som utgångspunkt har långvarig vård blivit onödig för många. Men här finns också risker. Exempelvis att överskrida gränsen för det etiskt godtagbara i manipulerandet med gener och liv. Vad händer när detta sker? Om man är missnöjd med det genetiska materialet får förbättring kanske ske genom avel? Om ärftlighetsmaterialet manipuleras kan "nyttigare" varianter av den mänskliga arten måhända skapas?

En annan risk är att inte låta människan få sluta sitt liv i värdighet till följd av överbehandling, en tredje att otåligt eftersträva inte bara hälsa utan även livsupplevelse på kemisk väg.

Vilka blir de långsiktiga effekterna på samhällets organisation om det synsätt som ligger bakom den bio-mekaniska modellen får dominera? Kommer det att leda till ett samhälle där man föds till bestämda uppgifter enligt rang och stånd?

Forskningen öppnar nya möjligheter. De ansvariga beslutsfattarna måste i politisk ordning ange mål och ramar. Det är viktigt att ha en uppfattning om vart vi vill komma, vilket samhälle vi önskar för oss och för dem som kommer efter, dem från vilka vi lånar jorden.

Inget land, hur rikt det än är, har heller råd med de alltmer upptrappade kostnader som blir följden av sofistikerad medicinsk teknologi för en befolkning, framhåller förre WHO-chefen Halfdan Mahler.⁴

Den bio-mekaniska modellen står för en nödvändig men inte tillräcklig del av kunskapen om människan.

Eftersom människokroppen med sina funktioner får en förklaring från tekniskt-biologiska utgångspunkter har frågan ställts om inte också sociala problem kan diagnostiseras och avhjälpas ingenjörsmässigt. Den rationalistiske ingenjören, den naturvetenskapligt skolade specialisten

på mänskligt material, uppfattas ibland som mönsterbildare långt utöver det tekniska eller medicinska området.⁵

Vad är då hälsa, sett från bio-mekanisk utgångspunkt? – Svar: Resultatet av en mängd strategier för att hålla det sjuka i människan på plats eller eliminera det. Att vara fri från fysisk sjukdom och funktionsbrister i organ och celler. Att ha värden vid observationer, test och andra medicinska undersökningar som kan anses normala för individen.

Den psyko-dynamiska modellen

"Om du känner på dig att din själ inte är sund bör du för säkerhets skull smörja in hela kroppen med smörja, plåstra om dig överallt, badda ögon, öron och övriga yttre organ med antiseptiska vätskor, intaga de dekokter du kan få ut på apoteket och gärna även intravenöst tillföra kroppen – och förhoppningsvis då även själen – olika lösningar som kan vara bra att ha i blodet. Skaffa sedan plats på sjukhus, genomgå alla operationer som läkarvetenskapen hittills känner till. Allt talar då för att din själ skall bli botad. För någonstans måste den ju ändå sitta."

(Tage Danielsson)

En andra sjukdomsmodell, vid sidan av den bio-mekaniska, är den psyko-dynamiska. Uppmärksamheten riktas mot själsliga processer och hur de kan påverkas. De ärftliga anlagens betydelse tonas ner. I stället framhävs att individen bär med sig många möjligheter i sin biologiska utrustning. "Vi föds som oskrivna blad". En stor del av anlagen lämnas outvecklade. I vilken riktning som dispositionerna tas i anspråk beror till stor del på faktorer utifrån: social klass, nätverk, umgänge etc.^{6,7}

Psykologiska faktorer från en laddad situation kan finnas bakom åtskilliga kroppsliga symtom.^{8,9} De psykosomatiska besvären tycks spela en allt större roll för den allmänhet som önskar stöd och hjälp i sjukvården.

"När ens tillvaro upplevs som en serie tradiga rutiner, när 'livets spänning' är stress och inte upplivande stimulans – då tappas gnistan... Ja – och så är då en dag 'spelet inte längre värt att spela'".^{10, s XIII}

"En frisk själ som känner att den utvecklas är minst lika viktig som en frisk kropp för hälsan... I ett samhälle där självmord i åldrarna mellan 24 och 34 år är den näst vanligaste dödsorsaken efter trafikolyckor och 5–6-åriga barn har existentiella problem måste vi allvarligt fråga oss vad som är fel i familj och samhälle. Alienationen kan bekämpas genom att vi granskar välfärden på ett nytt sätt och prövar vår situation mer öppet och brett".^{10, s XIII}

Många själsliga problem brukar relateras till erfarenheter i barndomen, till påverkan i kulturmiljön och till att den enskilde saknar trygga och varaktiga kärleks- och vänskapsband. En viktig faktor är förmågan att hantera stress, den akuta eller långsiktiga negativa reaktion som kommer när kraven överstiger

eller understiger vad man upplever som sina möjligheter.^{11,12} Tecknen kan bli vara depression, rastlöshet, irritation, sömnsvårigheter eller smärtor.

Det finns också ett annat slags stress, den positiva, den som är en av livets drivkrafter.

Vad är då hälsa enligt den psyko-dynamiska modellen? Svar: Frånvaro av mental ohälsa. Att ha förmåga till normalt samspel med andra i gemenskapen. Att inte duka under för besvikelser eller missräkningar och att kunna hantera konflikter.

Att definiera psykisk hälsa. Att skilja friskt från sjukt kan vara svårt. Ryggvärk är ett av exemplen på de vanliga sjukskrivningsorsakerna, huvudvärk ett annat. Risker för felbedömningar är särskilt allvarliga inom mentalhälsans område där effekten kan bli ödesdiger och brännmärkande. Stanford-professorn DL Rosenhan ställer i en undersökning¹³ frågan hur säker en psykiatrisk diagnos är. Åtta friska personer uppsökte psykiater vid 12 sjukhus. De uppträdde normalt, dock under pseudonym, och berättade att de hört röster. Vad rösterna sa skulle enligt instruktionen inte vara helt klart men i stort sett handla om tomhet och ihållighet. Den psykiatriska litteraturen har enligt Rosenhan inte rapporterat ett enda fall av "existentiell psykos". Symtomen valdes enligt kriteriet på sådana yttringar. I övrigt skulle försökspersonerna uppträda som mönsterpatienter, vänligt, samarbetsvilligt och i alla avseenden normalt. De skulle framlägga sin livssituation som den i verkligheten var, utan sjukdomsinslag. Tre av dem var psykologer, en barnläkare, en psykiater, en målare, en studerande och en hemmafru. Fem var män, tre kvinnor. Alla togs in som mentalpatienter. De 12 sjukhus vid vilka de blev inlagda finns på USA:s öst- och västkust. När de lades in hade de ingen aning om när de skulle bli utskrivna.

Vid 11 av de 12 inläggningarna ställdes diagnosen schizofreni, i det tolfte fallet mani-depressiv sjukdom. När de utskrevs betraktades sjukdomen som vilande. Sjukhusvistelserna varade i genomsnitt 19 dagar, med variation från 7 till 52 dagar.

Det var vanligt att medpatienterna sa: "Du är väl inte sjuk?" men ingen ur personalen gjorde någon sådan kommentar. Rosenhan frågar varför sjukhusläkarna inte upptäckte att pseudopatienterna var friska. Skälet måste vara, säger han, att läkare har en benägenhet att hellre "klassa" en frisk person som sjuk än en sjuk person som frisk.

Rosenhan drar slutsatsen att en diagnostisk process, som så lätt lånar sig till så massiva misstag, är värd att ifrågasättas. När en gång diagnosen har ställts kan en patient inte göra mycket för att bli kvitt den. Diagnosen färgar totalbilden. Den psykiatriska diagnosen lever sitt eget liv och fungerar som självuppfyllande profetia. Ett brutet ben kan läkas, men mental sjukdom är, oavsett hur den utvecklas, en etikett som tenderar att hänga med genom livet.

Under sina sjukhusvistelser gjorde pseudopatienterna noggranna anteckningar om vad som hände på avdelningarna. Sköterskepersonalen använde bara 11,3 procent av sin tid, med variationer från tre till 52 procent, utanför sjuk-sköterskeburen. Läkarna var ännu mindre tillgängliga.

Såväl läkare som övrig personal brukade vända bort huvudet eller se ner när de mötte patienter i korridoren. Bara i 23 procent av mötena gick det att få

ögonkontakt med läkarna, och när det gällde sjuksköterskor var siffran så låg som 10 procent. Depersonalisationsprocessen nådde sådana proportioner att patienterna hade en känsla av att de var nära nog osynliga och ovärdiga någon som helst uppmärksamhet. Ändå fanns många bland personalen som gav värme och omtanke.

Schizofreni diagnostiseras inte genom att patienten undersöks utan snarare genom att läkaren iakttar sina egna reaktioner i relation till denne. Vid endogena depressioner handlar det om en "evidenskänsla". Mental sjukdom sägs definierad som det som professorn eller någon annan auktoritet säger vara mental sjukdom.¹⁴

Undersökningar och observationer som Rosenhans och andras från tidigt 1970-tal har bidragit till skepsis mot psykiatri och till uppfattningen att patienternas problem och svårigheter till stor del producerades av institutionerna själva, delvis till följd av oklara sjukdomsbegrepp.¹⁶

Ett synsätt växte fram att psykiatri inte borde ha långvårdsbäddar¹⁷ och att en betydande del av dessa vårdplatser skulle kunna avvecklas. Så har också i stor utsträckning skett. I dag är problemen påtagliga när det gäller "Svartepetter-patienterna", dem som ingen vill ha och för vilka det anglosaxiska uttrycket "the game of pass the parcel from one agency to another" har giltighet.

Hälsosynsättet

Det andra perspektivet, vid sidan av det sjukdomsinriktade, är hälsosynsättet. Det utgår från att hälsa är kvalitativt annorlunda än att inte vara sjuk.¹⁵ Hälsa innebär överskott av livsglädje och livsenergi, överskott som i sin tur skapar överskott. Tidsperspektivet och inriktningen är vidare.

En viktig del av hälsosynsättet är folkhälsoaspekten, "hälsa för alla". Livskvaliteten för en stor del av jordens befolkning är orimligt låg. Bakom finns faktorer som bör kunna ändras – om vi tillsammans tror att förhållandena kan förändras, vill ändra dem och gör något åt dem.

Till hindren för att nå folkhälsa hör arbetslöshet och undersysselsättning, dåliga bostäder och undernäring, bristfällig hygien och social apati, låg utbildning och fattigdom. Mest förödande är krigen – hoten måste undanröjas.

Viktigt är: att förmedla kunskap om hälsoproblemen och om metoderna att förebygga och kontrollera dem, att främja tillgången på rent vatten, förbättra hygien, stödja mödra- och barnhälsovården ävensom familjeplaneringen, att behandla vanliga sjukdomar och skador och se till att ett bassortiment av läkemedel finns tillgängligt vid behov.

Till hälsohindren i de nordiska länderna hör svaga sociala nätverk, missbruk av alkohol, läkemedel och droger, tobaksbruk, trafikolyckor och arbete utan stimulerande innehåll. Vällevnaden innebär, bland mycket annat, att leva alltför bekvämt och att stillasittande överkonsumera fet, söt, salt och fiberfattig mat. Oreflekterade trafikvanor, stress, växande avfallsproblem och nedsmutsning av jord, luft och vatten hör också hit.¹⁸

Många är, av skilda motiv, skeptiska till hälsosynsättet. Det anses exempelvis att det inte är nödvändigt att nu "spilla krut" på att förebygga när behandling med utgångspunkt från det bio-mekaniska synsättet har blivit så effektiv. Åtskilliga ser som sin rättighet att "ta ut svängarna". Och "nio av tio storrökare får ändå inte lungcancer, så jag klarar mig nog ändå". Intresset har snarare riktats mot 'behandling av alla och mot nästan allt' än mot 'hälsa för alla'. Men all sjukdom går inte att behandla med framgång.

Det finns också personer som anser att man inte bör använda resurserna på de friska så länge det inte finns nog för de sjuka. Förebyggandet har haft låg status i jämförelse med terapin. Inga stora kapitalintressen främjas heller av att utsläppen i jord, luft och vatten begränsas eller av att folk tar till sig en vettigare livsstil.

Ändå kan det inte vara obekant att folkhälsan skulle förbättras avsevärt om allt det skulle kunna genomföras som forskningen och erfarenheten kommit fram till när det gäller hälsofrämjande livsmönster och önskvärda hälsopolitiska beslut.

I det följande tas två modeller upp med anknytning till hälsosynsättet: den hälsopedagogiska modellen och livsmiljömodellen.

Den hälsopedagogiska modellen

Den hälsopedagogiska modellen aktualiserar behovet av att förändra levnads-sätt.¹⁹ Den pekar på vikten av att stödja individen till ansvar för beslut och livsföring: "Ingen annan kan sluta röka åt dig". Men den stannar inte vid detta. Den vidgar perspektivet på institutioner och påverkare, på arbetsplatser och fritid, på skolor och vårdinrättningar, frivilligorganisationer, idrottsföreningar osv.

En utgångspunkt för den hälsopedagogiska modellen är en önskan om bättre "avkastning" av den kunskap som finns när det gäller samband mellan levnadsvanor och hälsa. Tonvikt läggs på gemenskapens ansvar för att främja människors känsla av sammanhang och mening.

Intresset riktas också mot vad man som konsument bör veta om varor och tjänster, samt mot vad som påverkar relationerna till andra människor, till djur och natur. Särskilt gäller intresset risker som kan undvikas genom medvetna val.²⁰

Studier visar att en stor del av befolkningen har någon kronisk sjukdom eller funktionshämning som de måste leva med. Det gäller så många som fyra av tio i en befolkning.^{18,21} Många är trots handikapp nöjda med sin hälsa,¹⁸ se tabell 5:1.

Människors självbild och förmåga till förnuftsgrundade beslut är samman-satta företeelser. Det finns en frestelse till moralism när individens handlande och livsstil i en hälsopedagogisk modell ges för stor vikt. Här finns ett dilemma, en konflikt. För att ändra levnadsvanor måste man må någorlunda bra, annars 'orkar' man inte. Men när man mår bra finns kanske inte tillräcklig motivation för att ändra livsmönster.

Att levnadsvanor kan förändras genom stöd från gemenskapen finns många exempel på. Organisationer som Länkarna och Anonyma alkoholo-

Tabell 5:1 Samband mellan hälsostatus och tillfredsställelse med hälsan

		Uppger sjukdom eller diagnos?		
		Nej	Ja	Summa
Är nöjd med hälsan?	Nej	2 procent	16 procent	18 procent
	Ja	48 procent	34 procent	82 procent
Summa		50 procent	50 procent	

Källa: Se not 18.

lister, idrottsorganisationer, kyrkor och nykterhetsförbund hör till dem som engagerat människors vilja till upprättelse och hälsa.

Med utgångspunkt från den hälsopedagogiska modellen kan man se hälsa som känslan av att må bra, kunna sköta sig själv och handla friskt och självständigt. Viktigt är att se sin tillvaro som meningsfull, ha tillförsikt även inför de okända och osäkra faktorerna i livet och äga kontakt med det heliga i tillvaron – för att kunna leva ett så friskt liv som möjligt trots sjukdom och begränsningar.

"Jag vet inte hur jag mår", säger skämttecknarens patient. "Jag känner mig bra, men min doktor känner mig bättre". Doktorn kan kanske säga om man är sjuk, men hälsan kan man bara uppleva själv. Att må bra betyder att inte känna sig hotad, ha en rimlig grad av fritt val och inte vara överdrivet trött eller ur balans. Men ingen människa kan ständigt vara på toppen. Vad det handlar om är en grundstämning, en förnimmelse av samhörighet och tillit, en strävan att utvecklas och växa.

Livsmiljömodellen

I livsmiljömodellen betraktas hälsa som ett samspel mellan omvärlden och befolkningen. Vatten, jord och luft påverkas av vad människorna företar sig och påverkar i sin tur människorna.^{22,23} Det gäller också atmosfären. Det skyddande ozonlagret, jordens "solglasögon", håller enligt vissa forskare på att förstöras och 'duntäcket', växthusgaserna, håller på att bli för tättslutande. Naturen har uppfattats som en resurs att utnyttja och utarma, inte som ett lån att förvalta. Ändå är tillvaron vävd till ett sammansatt nätverk. Liv och död fungerar i ett ständigt kretslopp. Mänskligheten delar jordens slutna rum med andra levande varelser. Ut från rummet kan inget slängas, utifrån kommer bara solenergi.

Kemisamhället med dess klorerade kolväten, bekämpningsmedel och droger är *en* del i samhällets utveckling. En annan har att göra med bristen på stabila värden i det samhälle man lever i. Företrädare för de bal-

tiska länderna betonade exempelvis att värre än nedsmutsningen av naturen har fem decenniers sjuka politik varit.²⁴ I västländerna har vinsthungriga medier medverkat till en annan typ av miljöförgiftning: våld, sadism och kvinnoförnedring.

Befolkningen i jordens länder har alltmer koncentrerats till storstäderna. Arbetsplatserna förändras. Arbetsmetoderna är annorlunda, den anställdes överblick mindre. Sambandet mellan arbetsinsatsen och resultatet har i många fall gått förlorat. Den tysta kunskapen, den medmänskliga erfarenheten, har nedvärderats. Styrkan i de ekonomiska krafterna gör att utvecklingen mot främlingskap och mänsklig isolering inte så lätt låter sig hejdas. Det ger effekter på människors hälsa och välbefinnande.

När tobaksföretaget Philip Morris köpte livsmedelsjätten General Foods sägs företagets anti-rökkampanj bland de anställda ha upphört. Epidemiologerna fick söka andra arbeten. Konsekvenserna av tobaksbolagens reklam och ekonomiska makt märks i ett ringa intresse från många tidningar och tidskrifter att publicera artiklar som är kritiska mot tobaksbruket.^{25,26}

I livsmiljömodellen betonas att kraften i de beslut som verkar långsiktigt på människorna måste uppmärksammas. Ekonomiska styrmedel, förbud och restriktioner är i många fall oundvikliga eftersom tillväxtekonomin inte har någon inbyggd spärr mot utsugning av naturen. Vikten betonas av en politik som leder till att tekniken anpassas efter de ramar som naturen ger.

Miljöhoten är många: Hus som slarvbyggs blir sjuka och skapar sjukdom. Flytspackel och formaldehyd, mögel, fukt och lukt. Ladugårdar förvandlas till sjukstugor, åkrar till giftupplag, floder, sjöar och hav till kloaker. När människan härjar som en farsot i naturen slår naturen tillbaka. En norm för användningen av livsmiljön bör vara att naturen inte ska förbrukas snabbare än att den får möjlighet att förnya sig och bryta ner det avfall som människorna skapar.

Miljökonsekvenserna gör sig i dag påmind med en kraft som aldrig tidigare. Ändå är miljöförstöring inget nytt. Historiens ekologiska misstag, skogsskövlingarna, är ett exempel. Dagens teknik ger unika möjligheter att förhärja miljön. Vi lär av historien att vi inte lär av historien.

Vilka ekonomiska ramar ska gälla för miljöansvaret? Vilken hänsyn ska tas till industrins krav och önskemål? Hur ska samhället reagera inför hot om nedläggning och arbetslöshet? – Det här är livsmiljöfrågor som ytterst de folkvalda förtroendemännen måste ta ställning till. Marknadsmodellerna behöver kompletteras med ett övergripande, demokratiskt ansvarstagande.

I livsmiljömodellen framhålls att ett sjukt samhälle behöver bli medvetet om behovet av förändring. Vägen att rädda vår utsatta helhet går via allmän och internationell besinning. Politiskt mod krävs för att fatta beslut som sätter gränser för orealistisk utvecklingsoptimism.

Med utgångspunkt från livsmiljömodellen kan man tala om tre hälsodefinitioner. Den första är *balansdefinitionen*. Hälsa betyder att de uppbyggande

livskrafterna är tillräckligt starka för att kunna anpassa sig till och vinna över de nedbrytande – miljöstress och gifter i jord, luft och vatten. För det andra kan man tala om en *resistensdefinition*. Den har att göra med förmågan att motstå skadliga inflytanden. Den tredje är *folkhälsodeinitionen*. Här är hälso-tillståndet och dess förändringar i en befolkning en central fråga. Som mått, om än bristfälliga, på befolkningens hälsa brukar medellivslängd, spädbarns-överlevnad och andelen personer som är fria från långvarig sjukdom, arbets-oförmåga eller rörelsehinder nämnas. Frihet från olycksfall och från onödiga dödsfall, längd samt vikt hos barn och den sociala jämlikheten i hälsa är andra tänkbara kriterier. Befolkningens hälsa kan ses som ett avgörande kännetecken på hur väl ett samhälle förmår tillgodose invånarnas behov.

Aktörer och modeller

Vilka är aktörernas roller i de fyra modellerna? I den bio-mekaniska har de medicinska terapeuterna, framför allt läkarna, den centrala rollen. De undersöker, lindrar och botar eller stöder kroppen att bota sig själv. De gör det med användning av naturvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. I den psyko-dynamiska modellen har beteendevetenskapare en särskild roll för att väcka till liv insikt, förståelse och vilja till förändring. I den hälsopedagogiska modellen väntas informatörer, föräldrar, lärare och andra, bidra till att individen får möjlighet att ta större ansvar för livsstil och hälsa. I livsmiljömodellen måste de politiska beslutfattarna gripa in, lokalt, nationellt och internationellt med lagar, förordningar och avtal. Givetvis finns i alla modellerna en lång rad stödjande yrkesgrupper.

Önskvärd är en närmare dialog mellan aktörer som företräder de fyra modellerna, i syfte att utveckla större förståelse och samarbete.

Hälsa och omvårdnad handlar om förhållningssätt till livet, till människorna och miljön. Det är inte uppgifter som bara kan överlåtas till yrkesfolk eller politiska beslutfattare. Att bevara hälsan kan aldrig vara en uppgift enbart för experter. Det är något som finns i själva villkoren för vår existens. Det ingår i varje människas uppdrag.

Den professionella hälso- och sjukvårdssektorn, den icke-auktoriserade sektorn och den vardagliga sektorn har var sin roll i arbetet för hälsa. En viktig tendens är den ändrade tyngdpunkten: från betoning av det auktoritära till betoning av den hälsosökandes självbestämmande. Livssammanhangen, de strategier och handlingsmönster i det dagliga livet som har med hälsa att göra, måste ägnas stor uppmärksamhet. Det är viktigt att betona det egna ansvaret utan att skuldbelasta människan. Ansvar förutsätter förmåga att påverka.

Helheten

Alla fyra modellerna är viktiga, var och en har sin plats i helheten. Hälsodeinitionerna kompletterar också varandra. Världshälsoorganisationens definition av hälsa är värd att nämnas även om den ansetts vara diffus, vid och programmatisk. Den talar om hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaron av sjukdom och skräpighet".

Kritiker av WHO:s definition frågar om hälsa bara skulle existera när någon sjukdom inte står att finna hos individen.²⁷ Det vore en alldeles för snäv avgränsning. "Fullständigt välbefinnande" är väl för övrigt en fullständig utopi? – WHO:s principförklaring kan ha värde som inspirerande vision, likt "frihet, jämlikhet och broderskap". Den markerar en riktning. Men hälsa är en kontinuitet. Den ena extrempunkten markeras av WHO:s definition. Den andra är döden. Den centrala frågan är vad som förändrar människans position i riktning mot ökad hälsa. Det är viktigt att betona de "salutogena", d v s de hälsoskapande och skyddande, faktorerna.^{28,29} I sjukdomsperspektivet får de "patogena", ohälsosfaktorerna, störst utrymme.

De medicinska framstegen under 1900-talet har fört med sig en hoppfullhet som är viktig men som också kan leda till orealistiska förväntningar. I den bio-mekaniska modellen finns risken att människan passiviseras och prisges till objekt för vårdsystemets åtgärder. Den risken kan finnas lika väl inom alternativ medicin som inom skolmedicinen.

Den psyko-dynamiska modellen lyfter fram de stabila relationerna, de sociala nätverken, som hälsomedel. Svagheten är tendensen till övertro på möjligheten att med socialpsykologiska medel radikalt förändra hälsan. Arvet spelar en roll som mer och mer har uppmärksamats i de senaste årens forskning. Exempel är "maskrosbarnen", personer som trots eländig uppväxtmiljö har motståndskraft nog att klara sig utmärkt i livet.^{30,31}

Den hälsopedagogiska modellen pekar på levnadsvanornas betydelse för hälsan. Den ger ett nödvändigt perspektiv med sikte på möjlig "lönsamhet". Nackdelen ligger i risken att den som är offer för omständigheterna orättvist kan betraktas som "skyldig" till sin ohälsa.

Livsmiljömodellen pekar på vikten av att värna den omvärld som hotas av förstörelse. Ett dilemma är att det mörka perspektivet, hoten mot människornas hälsa och existens, kan stämma till missmod. Den yttre och den inre miljöförstörelsen förefaller omöjlig att hejda. Förr fanns hoppet hos många människor att om bara privatkapitalismen kunde avskaffas skulle problemen vara ur världen. Kommunismens politiska, ekonomiska och moraliska bankrutt gör att hoppet får sökas på andra håll, i andra synsätt. I de små stegens långsamma och tålmodiga väg till förbättring.

Helhetssynen på hälsa inkluderar alla fyra modellerna. I totalbilden finns såväl de kroppsliga och själsliga som de andliga aspekterna. Däri ingår ett egenansvar lika väl som ett samhällsansvar. Det handlar om visionen att göra verklighet av vitala livsmål.³²

Hälsa och sjukdom

Hälsa är en systemfunktion där levnadsvanor, arbete, relationer, miljö och arv spelar in. Hälsa och sjukdom är inte två klart motsatta tillstånd. Hälsa är något mångdimensionellt som har att göra med egna förnimmelser och klart framträdande eller dolda tecken på välbefinnande eller lidande. Den grekiske statsmannen Perikles menade för ett par tusen år sedan att hälsa är det tillstånd av moraliskt, psykiskt och kroppsligt välbefinnande som sätter oss i stånd att möta varje kris i livet effektivt och med värdighet. Var gränsen går mellan friskt och sjukt beror bl a på vilka faktorer som observeras, vem som

gör bedömningen och när den görs. Man kan i bästa fall också ta sin sjukdom på ett friskt sätt.

Historien ger exempel på hur sjukdomar konstruerats för att sätta ord på och förklara det som skrämmer. Samhället har velat peka ut avvikande, moralisera, sätta gränser och kontrollera. Synen på onani mot slutet av 1800-talet är ett exempel. Den "hemliga lastens" effekter beskrevs dramatiskt. Där fanns ångest, svettning, mörka ringar under ögonen, onaturligt vidgade blodkärl och mentala rubbningar som kunde utvecklas till sinnessjukdom. Över 13 procent av de män som då hamnade på sinnessjukhus hade "självbefläckelse" som angiven orsak.³³

I många fall är sjukdom mera ett kulturellt än ett biologiskt fenomen. En fördubbling av antalet intagna på sinnessjukhus under några årtionden vid 1800-talets slut orsakades troligen av att kriterierna på det normala ändrades.³³ Vad som är psykiskt friskt eller sjukt har i viss mån att göra med vad tongivande aktörer kommer överens om.

Hälsa, betyder det bara att människan är ofullständigt undersökt? – Kanske är ohälsan det vanliga och hälsan en tillfällighet. Det här är den ena ytterlighets-åsikten. Den andra extrema uppfattningen ger de personer uttryck för som menar att "det är onödigt att bli sjuk". Bakom det synbart naiva uttrycket finns en viktig insikt, nämligen att åtskilliga besvär och psykosomatiska åkomor skapas av oss själva, omedvetet. Hälsoproblem uppstår också till följd av brist på insikt om vilka krafter vi som konsument är utsatta för. Okunskap hos den enskilde i förening med profithungrig marknadsföring av diskutabla varor och tjänster påverkar möjligheterna att bevara hälsan.

Sjukdom kan vara en tung läroprocess för att vi ska få ökad insikt om oss själva och vår omvärld, för att vi ska förstå vilka vi är. Kroppen kan inte skilja på verkliga och inbillade faror. Den reagerar likadant på stress oavsett om faran är verklig eller inbillad. Människan har dock en viss förmåga att ta itu med sina känslor och tankar, och i denna förmåga finns ett hopp.

Ju mer otrygg man är desto sämre mår man. Många flyr med sin otrygghet till doktorn. Det finns risk att relationsproblem och sociala problem görs till medicinska. Många blir beroende av mediciner, prover och sjukhussängen då de i stället behöver få hjälp att ta ansvar för sitt eget välbefinnande, sitt liv och sin hälsa. Det är också en känd erfarenhet att ju mindre en människa känner att hon behövs desto större är behovet av terapi.

Ofta finns en lång rad faktorer bakom ohälsa. Den måste förstås ur historiskt och kulturpolitiskt perspektiv. Sjukdom är också kommunikation av kulturellt inlärd symboler. Störningen kan vara tydlig eller smygande, akut eller kronisk, svår eller lätt. Den måste relateras till individens förutsättningar och livscykel.³⁴

Hälsa är inte bara ett svårfångat utan även ett relativt begrepp. Att vara frisk har numera en annan innebörd än tidigare. Kraven på hälsa är andra i vår del av världen än exempelvis i Centralafrika. Kännetecknen på hälsa är inte samma för en 80-åring som för en 20-åring.

Kulturanthropologen Lisbeth Sachs³⁵ ger en illustration: "En bondkvinna från medelhavsområdet kan anse att fetma och blekhet är bevis på väl-

måga och hälsa hos såväl barn som vuxna, medan däremot en svensk allmänläkare uppfattar fetma som uttryck för ohälsa, kanske felaktig kost och något som utgör en risk för följsjukdomar. För den svenska läkaren utgör en slank, vältränad kropp med frisk färg beviset på god hälsa. Kvinnan från medelhavsområdet kan däremot i den magra, slanka kroppen se en risk vad gäller överlevnad i den bergsby där hon vuxit upp, särskilt under vintermånaderna".^{35, s 121}

Från en by i Alger berättas: "Förr i tiden visste inte folk vad sjukdom var. De gick till sängs och de dog. Det är bara nuförtiden som vi lär oss ord som lever, lungor, tarmar, mage... Numera är alla sjuka, alla klagar över någonting... Alla klagar, men ingen stannar i sängen; de springer till doktorn".^{35, s 140}

Hälsa är svårare att beskriva än ohälsa. Samma svårighet hade Dante när han skulle skildra himmel och inferno i sin gudomliga komedi. Av helvetets kval gjorde han en färgrik målning, men paradiset gled undan. Hälsan tiger still. Den gör inte mycket väsen av sig när den finns.

Det är inte bara den friske som har ett uppdrag i livet. Det kan också den ha som är kroppsligt och själsligt begränsad. Den handikappade kan vara bärare av något som den friske inte nödvändigtvis har: insikten att det finns andra viktiga kriterier i livet än förnuft och effektivitet. Om det bara fanns friska, starka, vackra och effektiva människor kunde risken vara att vi hamnade i ett ännu mera omänskligt samhälle än det vi har i dag. En viktig uppgift är att upprätthålla människovärdet och ta fasta på det friska även hos den sjuke. Det kan finnas risker med att göra "normalitet" till ideal, det visar erfarenheten från nazisternas Tyskland. Vi bör inte ha rätt att välja bort varandra från gemenskapen. Om "normalitet" görs till obetingat ideal kommer den kulturella och kreativa utvecklingen att avstanna.

Eftersom sjukdom är ett negativt värdeladdat begrepp har makthavare använt det i politiska syften. En aspekt gäller om barnalstring med nödvändighet ska utgöra ett vitalt mål för alla människor. Kontroversen om homosexualitet har analyserats i boken *Homosexuality and American psychiatry*.³⁶ I Sverige avskaffade socialstyrelsen sjukdomsstämpeln först 1979.

Kan ett hälsoorienterat samhälle få fascistoida drag? I en uppsats om "Väldsmaskineriet som folkhälsoprojekt" analyserar författaren Lars Andersson³⁷ utvecklingen i Rumänien under kommunistperioden med paralleller till 30-talets Tyskland.

Nationalsocialisterna "skulle rena sitt blod och iscensätta sin lysande framtid med vetenskapens hjälp". De skulle "klippa av den navelsträng som binder det enskilda människolivet vid den enskilda värdekällan, vården, kärleken, barmhärtigheten. En livskänslans futurologiska fabrik, redan tänkt som barnfabrik, redan i verkligheten en tekniskt ojämeförlig dödsfabrik... det statliga väldsmaskineriet iscensatt som folkhälsoprojekt."

"Ceausescus stat ägde sina människor redan i moderlivet. Tre gånger årligen kallades de rumänska kvinnorna upp till 45 års ålder till gynekologisk kontroll för att registrera möjlig graviditet. Minst fem barn per kvinna, lydde dekretet från 1967. Preventivmedel och aborter var statsfientliga... Tio- eller hundrausentals övergivna, föräldralösa eller av andra skäl omhändertagna barnhemsbarn som vid tre års ålder bedömdes av läkarkommittéer: de obotligt skadade eller livsodugliga till slutförvaring... Från de andra barnhemmen för de "användbara" sägs ha rekryterats praktexemplar till Securitate."

Fascistoida styrelseskick – nazistiska, kommunistiska – har sökt legitimitet under folkhälsans täckmantel. Men ett samhälle som vårt folkstyre, behöver inte bli mindre mänskligt för att folkhälsan förbättras. Att dagens unga har friskare tänder än för 30 år sedan är enbart positivt. Ett stort steg framåt skulle också tas om energiintaget i form av fett kunde halveras och rökningen och alkoholkonsumtionen minskas, så som WHO önskar.²

Hälsa förutsätter deltagande. Det är ett arbetsprojekt som handlar om att individuellt och tillsammans överbygga motstånd. Hälsan är inte allt. Den är ett medel i solidaritetens och behjälplighetens livsstil. Den är värd vårt intresse och vårt engagemang.

Modellernas betydelse

Vad har de fyra modellerna för betydelse i praktiken? De påverkar sättet att se på hälsoproblem; också metoderna som väljs för terapi. Låt oss ta fetma som exempel. Enligt den *bio-mekaniska* modellen kan behandling ske exempelvis genom att en del av tarmen opereras bort, magsäcken snörs av, fettet sugs ut genom injektionsnålar eller käkarna låses. Analys kan ske av hormonella förändringar som kan ha samband med fetman och mediciner eventuellt sättas in. Enligt den *psyko-dynamiska* modellen intresserar sig terapeuten för att förstå olösta konflikter i barndom och uppväxt, sexuella problem och kontaktsvårigheter som kan ligga bakom det eventuella tröstätandet. Enligt den *hälsopedagogiska* modellen ställs frågan vad som kan göras för att skapa insikt om matvanornas och motionens betydelse och även hur dagsprogram för sund livsföring kan läggas upp. Enligt *livsmiljömodellen* bör livsmedelsföretagen åläggas att upplysa om exempelvis salt-, fett- och fiberinnehåll i sina produkter och att ansvara för att gränsvärden iakttas.

Låt oss som ett annat exempel på modellernas betydelse ta alkoholmissbruk. Den *bio-mekaniska* modellen har företrädare som utgår från att orsaken ligger i det genetiska materialet. Man hoppas att det bara är en tidsfråga till dess att läkemedel eller andra redskap finns tillgängliga. Den *psyko-dynamiska* modellen har representanter som söker orsaker till drickandet i dåliga relationer till föräldrarna, tidiga konflikter med kamrater och svaga stödjande nätverk. Den *hälsopedagogiska* modellens språkrör menar att tillvänjningen måste brytas genom bl a ökad självinsikt och nya intressen. *Livsmiljömodellens* talesmän understryker bl a vikten av att minska alkoholens tillgänglighet i samhället.

Olikhet på många plan

Sjukdomssynsättet skiljer sig från hälsosynsättet på många andra punkter. De sammanfattas i tabell 5:4. Grundfrågan i *sjukdomssynsättet* är vad som gör att människor blir sjuka. Grundfrågan i *hälsosynsättet* är i stället vad som gör att människor håller sig friska. Det diagnostiska spørsmålet i *sjukdomssynsättet* är huruvida, och i så fall på vilket sätt en individ är sjuk. Det diagnostiska spørsmålet i *hälsosynsättet* gäller vad som är friskt hos den enskilda individen eller, på livsmiljönivå, hur friskt samhället är.

Också det sätt på vilket nya kunskaper förvärvas skiljer sig beroende på synsätt och modell. Det "forskningsparadigm" som tillämpas i den bio-mekaniska modellens idealfall är positivismens. Positivismen utgår från erfarenhetsmässiga data och avvisar spekulaton. I *positivismens* mönstersituation finns en experimentgrupp, för vilken förändringar görs, och en kontrollgrupp, för vilken förändringar inte görs. Data för båda grupperna analyseras före och efter förändringen för experimentgruppen.

Positivismens forskningsmetod tillämpas framför allt inom naturvetenskaperna. Metoden syftar till att möjliggöra orsaksmässiga förklaringar och förutsägelser. Data som inte kan falsifieras ska förkastas. Grundprincipen är att begränsa perspektivet, att reducera det. Det som är åskådligt, det mätbara, ges värde och vikt. Men förnuftsmässigheten har gränser:

"Den som bygger sina utsagor på kunskap som uteslutande baseras på logiska konklusioner har ingen förankring i verkligheten" (Albert Einstein).^{38, s 226}

Kritiker menar att de tekniska och instrumentella faktorerna överbetonas på bekostnad av de värdemässiga och expressiva. I helhetsperspektiv behövs kompletteringar till den bio-medicinska detaljkunskapen, hur viktig denna än är. Människan är mer sammansatt än hennes enskilda beståndsdelar. Den insikten ägde inte Mefistofeles i Goethes Faust, han som

"... står där med delarna i sin hand
men ack, utan andens helande band".

När psyko-dynamiska och samhällsvetenskapliga problem ska analyseras gäller inte den positivistiska forskningsmetodens förutsättningar. Andra metoder får komma till användning, exempelvis hermeneutiska och fenomenologiska.

Begreppet *hermeneutik* står för ett studium av villkor och regler för att förstå mänskliga uttrycksformer, själsliga tillstånd och processer. Det handlar om tolkningsmönster på grundval av forskarens insikt om det som studeras, något som återverkar på förståelsen av helheten.

Fenomenologin studerar det som uppenbarar sig för vårt medvetande när vi upplever eller tänker på något – oavsett om det existerar i verkligheten eller ej. Det handlar om beskrivningar av fenomen, t ex upplevelse av ångest. De orsaker som ligger bakom fenomenet lämnas utanför studiet.

När blicken vänds från sjukdomssynsättet till hälsosynsättet blir en fråga alltmär aktuell: hur skapas förändring hos individ och i samhälle? Modifiering av beteenden och samhällsmönster är en viktig förutsättning för bättre folkhälsa. Förändringar i sociala system kan inte göras med rationalistisk metod och med forskaren som neutral observatör.

När hälsopedagogiska problem ska undersökas och hanteras är *aktionsforskningens* metod en möjlighet. Syftet är att reducera eller eliminera missförhållanden inom ett socialt system och att analysera effekten. Ett kännemärke för aktionsforskningen är det nära sambandet mellan den som analyserar en förändringsprocess och den som verkställer en åtgärd. Forskaren söker inte bara förklara företeelser i vår värld utan också förändra det som upplevs vara orättvist eller felaktigt. Det räcker inte att vara åskådare. I stället gäller det att producera användbara redskap för samhälleligt förändringsarbete.

För att forska om livsmiljömodellens strategiska frågor fordras ett tvärvetenskapligt arbetssätt. Det är också vad den *systemorienterade* forskningen lyfter fram som viktigt. Systemanalysen studerar modeller av delarna i helheten och deras inbördes relationer. Systemforskaren vänder sig mot den reduktionism, det "kikarsikte" som positivismen kan leda till.

Vetenskapen har till uppgift att söka sanningen med hjälp av fastslagna metoder. Den beskriver, analyserar och förklarar inom ramen för sina förutsättningar. I Barfotabarn skriver Nils Ferlin:

Si, världen är förklarad – i vetenskapens ljus
fördunstar all vår oro och smärta.
Nu är det inte långt emellan människornas hus
men långt emellan hjärta och hjärta.

Varje vetenskaplig sanning är ändå ofullständig. Den är en arbetshypotes som justeras av utvecklingen. Varje formellt system innehåller satser som är omöjliga att bevisa inom systemet. Den moderna vetenskapen har utvecklat en oerhörd förmåga att lämna viktiga frågor därhän, som de djupt etiska.

Sjukdomssynsättet kan härledas till Hippokrates, den grekiske tänkaren och läkaren som var verksam ca 460–355 före vår tideräkning. I sin analys av sjukdom och ohälsa valde han en orsaksteoretisk utgångspunkt. Bio-mekaniska frågor var centrala, även om de hippokratiska skriftsamlingarna också inrymmer ett verk om miljöfrågor: luft, vatten och jord. Bland senare portalfigurer bör nämnas den tyske forskaren Robert Koch (1843–1910), som lade grunden till dagens mikrobiologiska teknik, och fransmannen Louis Pasteur (1822–95).

Den psyko-dynamiska modellen har lånat inspiration från Sigmund Freud (1856–1939), pionjär inom psykoanalysen, samt Alfred Adler (1870–1937) och Carl Gustav Jung (1875–1961). Undertryckta önskningar, mindervärdeskomplex och omedvetna erfarenheter från barndomen lever sitt eget liv och manifesteras många gånger i ohälsa.

Hälsosynsättet replierar på kunskap från bl a den tyske socialmedicinaren

Rudolf Virchow (1821–1902). Hans ambition var att inte bara använda nyare cellbiologiska synsätt utan även sätta in kunskapen i ett större, socialt sammanhang: "Hälsa är politik". Under de senaste årtiondena har Världshälsoorganisationen spelat en väsentlig roll när det gäller att lyfta fram folkhälsooperspektivet: "Hälsa för alla".

Den bio-mekaniska modellen är inriktad på den enskilda patienten. Arbetsmetoden är instrumentell: det gäller att finna medel för att nå mål. Specialisten, rentav superspecialisten, står som ett ideal – arbetsfältet är till stor del sjukhuset. Organisatoriskt finns en preferens för hierarkins styrningsmodell. Relationerna ska i första hand vara tekniskt korrekta. Ett vanligt uttryck är: "Vi måste..."

Den psyko-dynamiska modellens arbetsmetod är situationsinriktad. Här står inte bara specialisten utan också generalisten som vårdideal. Symmetriens kultur är modell för organisationen. Relationerna ska vara emotionellt bärande. Ett vanligt uttryck är: "Ska vi titta på..."

Den hälsopedagogiska modellen strävar efter insiktsskapande – individuellt och i den lilla gruppen. Vårdideal är egenomsorg och vård i hemmet. Den organisationsform som har särskilt intresse är den kooperativa. Relationerna ska framför allt vara motiverande. Ett vanligt uttryck är: "Du kan..."

Livsmiljömodellen slutligen strävar efter holism, samhället i stort är i fokus. "Vårdideal" är det sociala livets intersektoriella samverkan. Organisationssystemet betonar nätverken. Relationerna ska vara informativa. Ett vanligt uttryck är: "I stort sett..."

Det ligger något av värde i varje modell, i varje "paradigm".³⁹ Dialog är önskvärd för att bryta ensidigt tänkande.

Intervjuer om livsvärden

Hur viktig är hälsan för folk i gemen? – I en undersökning vid Uppsala universitet⁴⁰ har 399 slumpvis valda personer inom åldersgruppen 18–70 år intervjuats om livsvärden. Först ställdes frågan: "När du funderar över vad du tycker är viktigt och väsentligt i livet, vad tycker du då är allra viktigast?" I de spontana svaren nämnde 90 procent privata värden: att få vara frisk, ha bra arbete och relationer och slippa ekonomiska bekymmer. Fem procent angav globala värden, såsom fred, avskaffande av svält och rättvis världsordning. Fyra procent nämnde värden på samhällsnivå, såsom politisk frihet och bra livsmiljö.

När de intervjuade fick en lista med 13 alternativ, av vilka två skulle markeras som särskilt viktiga, sattes globala värden, såsom "en värld i fred", främst. Det behöver inte betyda motsättning till privata värden. Fred är förutsättning för individens livskvalitet och hälsa. Som nummer två angavs "att ha god hälsa". Rangordningen blev som i tabell 5:2.

Männen värderade hälsa förhållandevis högre än vad kvinnorna gjorde. Kvinnorna valde gemenskapsvärden i högre grad än männen. Hälsa som livsvärde kom förhållandevis högre bland de lägst utbildade. Det är ett resultat som överraskar. Den vanliga uppfattningen är att hälsa haft ett centralt värde framför allt i medelklassen. Men resultatet kan ha samband med att de lägst utbildades hälsa i genomsnitt är sämre.

Tabell 5:2 De sju viktigaste livsvärdena

En värld i fred	54
Att ha god hälsa	44
Lyckligt familjeliv, goda vänner	28
Fritt och demokratiskt samhälle	18
Vara en omtänksam och rättvis människa	16
God miljö	8
En värld med ekonomisk rättvisa	8

Källa: Se not 40.

Den långa kampen

Genom historien har shamaner och teologer, läkare, forskare och politiker lyft fram drömmen om mänsklighetens sjukdomsbefriade guldålder.⁴¹ Förhoppningarna har bleknat, alla vetenskapliga framsteg till trots. Det gäller även tanken på elixir för bestående ungdom, "tidens teriak, ett rafflande statt upp och gack för detta lytta släkte" (Karlfeldt). Vad som överlevt är de praktiska, arbetskrävande åtgärderna för att med viss sannolikhet förebygga ohälsa, lindra eller i bästa fall bota. Hälsan är inte, den byggs. Det ögonblickliga helandet är sällsynt, även om föreställningen håller många uppe.

De fyra modellerna är pedagogiska renodlingar. I praktiska livet förekommer de i kombinationer av skilda slag, mer eller mindre uppblandade och uttunnade. Det är när ensidigheten dominerar som äventyrligheter uppstår. När genetiker går in i den mänskliga arvmassan är det rimligt att de överväger samarbete med filosofer och samhällsvetare. Detta är viktigt inte minst för att rikta uppmärksamhet mot risken för bristande generositet gentemot avvikan-
de.

Viktig är medvetenhet om den sociala verklighet där hälsoarbetet äger rum.¹⁰ Det finns en tendens att barn och ungdomar undervisas i skolan som om de var avskilda från sin familj, som om de inte tillhörde vardagsgång. Den kommersiella "hälsoismen" för ner hälsofrågorna till individnivå, gör hälsoarbetet till ett sysslande med sig själv eller också till blott och bart en vara som kan produceras och marknadsföras med vinst.

Mångprofessionellt och tvärsektoriellt, ideellt och mellanfolkligt arbete är, vart och ett på sitt sätt, också viktigt för att förstå hälsans förutsättningar. Vi vet i dag tack vare systematiska studier mycket mer än tidigare om samband som berör vår hälsa.⁴² Den kritiska frågan är om vi vill ta till oss det vetande som finns.⁴³ Hur djup är vår önskan efter hälsa – som resurs i livsprocessen, som tillgång i vardagslivet, som medel i behjälplighetens levnadsmönster – innan "den oss fattas"?

Tabell 5:3 Hälsobegrepp

Sjukdomsperspektiv

Hälsa som frånvaro av sjukdom

Bio-mekaniska modellen

Biologisk definition	Frånvaro av kroppslig sjukdom God funktion hos organ och celler
Laboratoriemässig definition	Normala värden vid observationer, test och andra medicinska undersökningar

Psyko-dynamiska modellen

Psykiatrisk definition	Frånvaro av mental ohälsa
Social definition	Samspel i gemenskapen

Hälsoperspektiv

Hälsa som överskott av livsenergi och livsglädje

Hälsopedagogiska modellen

Subjektiv definition	Må bra
Funktionell definition	Sköta sig själv och förverkliga vitala livsmål
Beteendemässig definition	Handla friskt och självständigt
Existentiell definition	Se sin tillvaro som meningsfull, ha tillit inför livets okända och osäkra sidor, känna gemenskap med det heliga i tillvaron

Livsmiljömodellen

Balansdefinition	De uppbyggande livskrafterna förmår hantera de nedbrytande
Resistensdefinition	Förmåga att motstå skadliga inflytanden
Folkhälsodefinition	Gott tillstånd i en befolkning: medellivslängd, barndödlighet, frihet från långvarig sjukdom och från förebyggbara dödsfall, social jämlikhet i hälsa

Tabell 5:4 Synsätt och modeller – antaganden om samband

	Sjukdomssynsätt		Hälsosynsätt	
	Bio-mekaniska modellen	Psyko-dynamiska modellen	Hälsopedagogiska modellen	Livsmiljö modellen
BEHOVEN:				
Grundproblem	Vad gör att människor blir sjuka?		Vad gör att människor håller sig friska?	
Vad är hälsa?	Hälsa som frånvaro av sjukdom		Hälsa som överskott av livsglädje och energi	
Diagnostik	Är den här individen sjuk?		Vad är friskt hos den här individen?	Är samhället friskt?
Mål	Behandla sjukdom	Förstå och åtgärda psykosomatiska problem	Främja åtgärder för hälsa – fysisk social och andlig	Skydda, minska risker
Sjukdomsbild	Organ- eller cellfel	Relationsproblem	Levnadsvanor	Miljöproblem – luft, jord, vatten
Inriktning	Diagnostik och behandling	Insikt om faktorer bakom beteenden	Skapa förändrad livsstil	Väga samhällsnytta mot samhällskostnader
VÄRDERINGARNA:				
Forskningsparadigm	Positivistiskt	Hermeneutiskt	Aktionsinriktat	Systemorienterat
Angreppssätt	Vetenskap och beprövad erfarenhet	Praktik och ideologi	Individuellt ansvarsbyggande	Riskupplevelse och sannolikhet
ÅTGÄRDERNA:				
Centrala aktörer	Läkarna	Beteendevetarna	Informatörerna	Politikerna
Fokus	Den enskilda patientens sjukdom	Själen	Den lilla gruppen	Samhället i stort
Arbetsmetod	Instrumentell	Situationsinriktad	Insiktsskapande	"Holistisk"
Tidshorisont	Nutid	Dåtid	Nu- och framtid	Framtid
Fetma som exempel	Operation	Konfliktanalys och psykoterapi	Gruppsamtal	Lagstiftning om varudeklaration
Alkoholproblem som exempel	Läkemedel mot missbruk	Stödande nätverk	Nya intressen	Minskad alkoholtillgänglighet
ORGANISATION AV RESURSERNA:				
Värdideal	Specialist	Generalist och specialist	Egenvård	Intersektorell samverkan
Arbetsfält	Sjukhus	Kliniker och mottagningar	Grupper och individer, vård i hemmet	Den politiska arenan
Organisation	Hierarki	Symmetri	Kooperativ	Nätverk
Relationer	Tekniskt korrekta	Emotionellt bärande	Motiverande	Informativa
Vanliga begrepp	"Vi måste..."	"Ska vi titta på..."	"Du kan..."	"I stort sett..."
RESULTATEN:				
Risker när resurserna är knappa	Otillräcklig vård för sjuka människor		Otillräckligt hälsofrämjande	
Resultatmätning	Inomprofessionell bedömning, huvudsakligen i insatstermer		Levnadsvänesförändringar	Beslut om resursbevarande och genomförande av besluten

Diskutera

1. Sjukdomsperspektivet på hälsa skiljer sig från hälsoperspektivet. Vilka konsekvenser får synsättet i det praktiska arbetet?
2. En del personer anser att man bör avstå från att använda resurser på de friska så länge det inte finns nog för de sjuka. Vilken är Din uppfattning?
3. Hur få bättre "avkastning" på kunskapen om samband mellan levnadsvanor och hälsa?
4. Många är trots handikapp nöjda med sin hälsa. Vilka kan orsakerna vara?
5. Betydande ekonomiska intressen ligger bakom produktion och distribution av tobak och andra starkt vanebildande medel. Resurserna för hälsouppllysning är en bråkdel av dem som finns för reklam. Vad får detta för konsekvenser?
6. "Vi lär av historien att vi inte lär av historien". Ge exempel!
7. De centrala aktörerna skiftar med modellerna. Önskvärt är närmare dialog mellan dem som företrädar skilda synsätt. Hur kan den dialogen skapas?
8. "De små stegens långsamma och tålmodiga väg till förbättring" – vad innebär den i praktiken?
9. Hur kan den av de fyra modellerna som man väljer som utgångspunkt, påverka valet av åtgärd? Exemplifiera!

Litteratur

- ¹ Juul Jensen, U., *Sykdomsbegreber i praksis. Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabssteori*, Köpenhamn: Munksgaard, andra upplagan, 1986.
- ² *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*, Köpenhamn: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985.
- ³ Eriksson, C-G., "Hälsan som ideologi i välfärdsstaten", i Carle, J. och Therborn, G. (red), *Det godas vägar och avvägar – välfärdsstaten och den sociala styrningens problem*, En rapport från ett symposium anordnat i november 1988 inom forskningsprogrammet "Social styrning och faktisk samhällsutveckling", Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet, 1989, 23–42.
- ⁴ Mahler, H., "The Health-For-All movement – a role for a public health school?", i Köhler, L. (red), *Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1989, 13–23.
- ⁵ Hirdman, Y., *Att lägga livet till rätta*, Stockholm: Carlsson, 1989.
- ⁶ Dalgard, O.S. och Sörensen, T. (red), *Sosialt nettverk og psykisk helse*, Oslo: TANO, 1988.
- ⁷ Theorell, T., Allebeck, P. och Diedrichsen F. (red), *Socialmedicin och psykosocial medicin*, Lund: Studentlitteratur, 1987.
- ⁸ Mellgren, A. (red), *Psykosomatisk medicin. En helhetssyn på människan*, Stockholm: Natur och Kultur, 1980.
- ⁹ Balint, M., *The doctor, his patient and the illness*, London: Pitman Medical, 1964.
- ¹⁰ Lohman, H., *Psykisk hälsa och mänsklig miljö*, fjärde omarbetade upplagan, Stockholm: Carlssons, 1990.
- ¹¹ Selye, H., *The stress of life*, New York: McGraw-Hill, 1956.
- ¹² Levy, L. (red), *Society stress and disease. Vol 1, The psychosocial environment and psychosomatic diseases*, London: Oxford University Press, 1971.
- ¹³ Rosenhan, D.L., "On being sane in insane places", *Science*, 1973;179:4070, 250–258.
- ¹⁴ Petersson, L., "Psykiatri i hjärnans årtionde", *Läkartidningen*, 1991;88:15,1352–1353.
- ¹⁵ Köhler, L., "Hälsan, sjukvården, samhället – i ett nordiskt utbildningsperspektiv", i Köhler, L., *Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1989, 55–80.
- ¹⁶ Wing, J.K. och Brown, G.W., *Institutionalism and schizophrenia*, Cambridge: Cambridge University Press, 1970.
- ¹⁷ Coid, J.W. "Difficult to place' psychiatric patients", *British Medical Journal*, 1991;302, 603–604.
- ¹⁸ Hjort, P.F., *Helse, miljø og levekår. Tanker om et forskningsprogram om forebyggende*

- helsearbeid i Norge*, Oslo: Norges Allmennvitenskapelige Forskningsråd, 1989.
- ¹⁹ Arvidsson, O. (red), *Att förändra levnads-sätt*, Rapport från ett symposium om metoder att förbättra folkhälsan, Stockholm: Allmänna förlaget, Riksbankens Jubileumsfond, 1982:3.
 - ²⁰ *Flere gode leveår for alle. Forebyggings-strategier*, Oslo: Statens Forvaltnings-teneste, Norges Offentlige Utredninger 1991:10.
 - ²¹ Vogel, J., Andersson, L.-G., Davidsson, U. och Häll, L., *Ojämligheten i Sverige. Utveckling och nuläge. Rapport 51. Levnads-förhållanden 1975–85*, Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1987.
 - ²² Hinkle Jr, L.E. och Loring, W.C. (red), *The effect on the man-made environment on health and behavior*, Atlanta: Center for Disease Control, 1977.
 - ²³ Hubendick, B., *Människoekologi*, Stockholm: Gidlund, 1985.
 - ²⁴ Föredrag av den estniske f. hälsovårdsministern Dr Laur Karu på Nordiska folkhälsodagen, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg, den 5 april 1990.
 - ²⁵ Taylor, P., *The smoke ring*, London: Bodley Head, 1984.
 - ²⁶ Wilkinson, J., *Tobacco: The facts behind the smokescreen*, London: Penguin Books, 1986.
 - ²⁷ Ström, A., *Velferdssamfunn og helse*, Oslo: Gyldendal, 1980.
 - ²⁸ Antonovsky, A., *Health, stress, and coping*, San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
 - ²⁹ Antonovsky, A., *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
 - ³⁰ Anthony, J. (red), *Invulnerable child*, New York: Guilford Press, 1987.
 - ³¹ Garnezy, N. och Rutter, M. (red), *Stress, coping and development in children*, New York: McGraw-Hill, 1983.
 - ³² Nordenfeldt, L., *On the nature of health*, Dordrecht: Reidel, 1987.
 - ³³ Johannisson, K., *Sjukdomens öga*, Stockholm: Norstedts, 1990.
 - ³⁴ Nordenfeldt, L., "Om hälsa och värde. Några reflexioner från ett filosofiskt perspektiv", i Philipson, S. och Uddenberg, N. (red), *Hälsa som livsmening*, Stockholm: Natur och Kultur, 1989, 51–66.
 - ³⁵ Sachs, L., "Hälsa som kultur. En antropologs funderingar", i Philipson, S. och Uddenberg, N. (red), *Hälsa som livsmening*, Stockholm: Natur och Kultur, 1989, 118–144.
 - ³⁶ Bayer, R., *Homosexuality and American psychiatry. The politics of diagnosis*, New York: Basic Books, 1981.
 - ³⁷ Andersson, L., "Väldsmaskineriet som folkhälsoprojekt", *Dagens Nyheter*, 14 maj 1990.
 - ³⁸ Husebø, S. (red), *Medisin, kunst eller vitenskap?*, Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992.
 - ³⁹ Kuhn, T.S., *The structure of scientific revolution*, andra utökade upplagan, Chicago: University of Chicago Press, 1970.
 - ⁴⁰ Jeffner, A., "Det viktigaste är att vara frisk". i Philipson S. och Uddenberg, N., *Hälsa som livsmening*, Stockholm: Natur och Kultur, 1989, 28–37.
 - ⁴¹ Johannisson, K., "Att läka de förtryckta. Sjukdom, medicin och människa under franska revolutionen", *Läkartidningen*, 1989;86:51, 4530–4533.
 - ⁴² Dubois, R., *Fullkomlig hälsa – utopi och verklighet*, Stockholm: Natur och Kultur, 1960.
 - ⁴³ Lincoln, Y.S., "Fourth generation evaluation, the paradigm revolution and health promotion", *Canadian Journal of Public Health*, Special Supplement, 1, on health promotion research methods, 1992;83: 6–10.

6. Etiska synpunkter på prioritering

Samhällets roll under 1900-talet 85 • *Etik och välfärd* 88
• *Vilka behov?* 90 • *Vård på lika villkor* 91
• *Prioriteringsdokument* 96 • *Det försummade hälso-*
perspektivet 102 • *Allmänheten och prioriteringarna* 104
• *Inför framtiden* 106 • *Diskutera* 107 • *Litteratur* 108

Prioritering innebär att ge rang och vikt åt osorterade behov och önskemål. I de flesta fall kan man inte få allt som man vill ha. Något måste sättas framför något annat, som hamnar längre bak i turordningen eller stryks.¹

I en välfärdsstat ska sjukvårdens nyttigheter fördelas enligt den allmänna uppfattningen om vad som är rättvist. Eftersom marknaden inte erbjuder lösningar på de etiska och existentiella frågor som finns med i bilden är "behov" och "vård på lika villkor" nyckelbegrepp.

Syftet med det här kapitlet är att dels peka på några drag i välfärdssamhällets framväxt under 1900-talet mot internationell bakgrund, dels presentera etiska brytningslinjer och tydliggöra kriterier för prioritering i teori och praktik.

Samhällets roll under 1900-talet

Uppfattningarna om samhällets roll i sociala frågor har skiftat under 1900-talet. I den tidiga industrialiseringen var statens roll "nattvåktarens", alltså att svara för yttre och inre säkerhet. I situationer av uttalad nöd kunde samhället lämna hjälp. Sjukhusen, som i stort sett bara erbjöd förvaring, var vid sidan av fattighusen en av livskrisernas angelägna institutioner.

Från mitten av 1930-talet växte det samhälleliga inflytandet. Försiktig selsättnings- och konjunkturpolitik introducerades för att dämpa de sociala effekterna av konjunktursvängningarna. Politiken blev ett instrument för att skapa förändring. Den gemensamma sektorn ökade. Det gjorde också marknadssektorn på bekostnad av hushållssektorn.

Trettio år senare stod välfärdsstaten i blomstring. Den ekonomiska tillväxten föreföll vara utan gränser. Det sociala trygghetssystemet kunde byggas upp utan uppslitande politisk tvedräkt. Snart sagt varje sjukvårdshuvudman uppförde nya storsjukhus. Sjukhem för långtidsvård planerades i stort antal. "Det starka samhället" såg skatteunderlaget växa. Det var också enkelt att höja skatterna. Politikerna gav tjänstemännen i uppdrag att utreda "det verkliga behovet" av sjukhusvård. Den som talade om prioriteringens nödvändighet blev inte riktigt tagen på allvar. Välfärdssektorn blev den politiska arenans mest uppmärksammade sakområde.

Efter 40 år av massiv utbyggnad på varje förvaltningsnivå har situationen blivit en annan. De sociala utgifterna ökar med automatik. Intäkterna stagnerar. Genomgripande omprövningar aktualiseras. Att låna till sjukvårdens drift är inte en långsiktig möjlighet.

Inför framtiden ställs frågan i vilken utsträckning det är möjligt att bibehålla en välfärdsfilosofi. Samhället står vid ett vägskäl: å ena sidan ett impopulärt högskattesamhälle som kanske har möjlighet att ge någorlunda hygglig omsorg om inte minst de sämst ställda; å andra sidan offentlig nyfattigdom i ett också impopulärt "två-tredjedelssamhälle". Se tabell 6:1.

Tabell 6:1 Social utveckling under 1900-talet

	1900	1935	1965	2020 Alt. X	2020 Alt. Y
Utmärkande drag	Begynnande industrialisering	Begynnande styrning av företagsamhet	Välfärdsstatens framväxt	Nykapitalism	Bibehållen grundläggande välfärd
Sociala och ekonomiska kännetecken	Fria marknadskrafter Ekonomiska kriser Social misär	Sysselsättningspolitik Konjunkturpolitik Social grundtrygghet	Ekonomisk tillväxt Välståndsökning Sociala trygghetssystem	"Minimalisering" Avreglering Internationell blockifiering	Demokratiska institutioner Nationell och internationell solidaritet
Politiska kännetecken	Från feodalism till begynnande demokrati	Röd-gröna koalitioner Växande socialdemokrati	Konsensus Stark socialdemokrati	Från "ny välfärd" till "ny högfärd" "Låt-gå-politik"	Från egoism till gemenskapsorientering
Social-politiska kännetecken	"Nattväktarstaten" Fattighjälp Fattighus	Växande samhällsengagemang Ålderdomshem	Inkomstfördelning Socialförsäkringar Storsjukhus Sjukhem för långtidsvård	Marknadsfundamentalism Offentlig nyfattigdom Två-tredjedelssamhället	Marknad – inom ramar Balanserade budgetar Högskattesamhälle Omsorg om de sämst ställda
Samhällets roll	Yttre och inre säkerhet	Förändringsinstrument	"Det starka samhället", på gott och ont	Social basfinansiering Köpa tjänster på marknad Stödja frivilliggrupper	Ta betydande ansvar Strategisk planering Stödja frivilliggrupper
Institutionella systemens relativa vikt	H,H,H,H,H M,M G	H,H,H M,M,M G,G	H M,M,M G,G,G,G	H,H M,M,M,M G,G	H,H M,M,M G,G,G

H = Hushållssektorn

M ≈ Marknadssektorn

G = Gemensamma sektorn

Subsidiaritetsprincipen

Rollfördelningen mellan individ och samhälle i den europeiska gemenskapens katolska länder baseras på en princip som slagits fast i påven Pius XI:s sociala encyklika av år 1931. Den går under beteckningen subsidiaritetsprincipen. Förhållandet klargörs i fem steg.

1. Först och främst ska den enskilde göra vad han eller hon kan för att hantera sin egen sociala situation. Individuella, privata försäkringar anges som en möjlighet. Allt som kan lösas på detta sätt ska samhället hålla sig borta ifrån.
2. Om saker och ting inte kan hanteras av individen själv bör familjen och de närmaste träda till.
3. I tredje hand väntas frivilliga hjälporganisationer som kyrkorna och Röda korset bistå med råd och dåd.
4. Därefter bör försäkringsanordningar som tagits fram lagstiftningsvägen träda till, sådana som inte primärt engagerar den gemensamma sektorn.
5. Först när alla dessa möjligheter har uttömts bör samhället, stat och kommun, träda till.

Tre modeller

Tre "välfärdsmodeller" kan särskiljas: den institutionella av skandinaviskt slag, statussäkringsmodellen av mellaneuropeiskt slag och den residuella av USA-modell.^{2,3}

Den skandinaviska, institutionella modellen bygger på generella rättigheter för varje medborgare. Ambitionen är betydligt vidare än subsidiaritetsprincipens. Det kan rent av gälla att "lägga livet till rätta" för medborgaren. Den ekonomiska trygghetsnivån ska i princip svara mot normal standard. Skatter, och i viss mån premier, är finansieringskällorna. Den sociala servicen produceras i allt väsentligt inom den offentliga sektorn. Omfördelningsambitionen är som helhet stor. Graden av social kontroll är liten, med vad det innebär av möjlighet till regelbrott. I det institutionella välfärdssamhället blir skattenivån med nödvändighet hög.

Den mellaneuropeiska statussäkringsmodellen, influerad av subsidiaritetsprincipen, har som mål att säkerställa i första hand de ekonomiskt aktivas normala standard. Den sociala tjänsteproduktionen sker genom både privat och offentlig sektor. Skatter och premier svarar för finansieringen. Skattenivån är relativt måttlig.

Den amerikanska, residuella modellen ger marginellt stöd när ingen annan möjlighet finns, vid fattigdom och uttalad nöd. Den sociala tjänsteproduktionen sker väsentligen inom privat sektor och i viss, begränsad utsträckning inom offentlig. Skattenivån är låg. Se tabell 6:2.

Intresset ökar i de nordiska länderna för den mellaneuropeiska modellen. Flera nya inslag går i denna riktning. Välfärdssystemets anknytning till arbetsituationen tenderar att bli fastare.

Tabell 6:2 Tre modeller för socialt ansvar

<i>Faktor</i>	<i>Skandinaviska modellen (Institutionell solidaritet)</i>	<i>Mellaneuropa-modellen (Individuell status)</i>	<i>USA-modellen (Residuellt marginalstöd)</i>
Täckningsprincip	Medborgarskap	Arbete eller annan ekonomisk aktivitet	Fattigdom och nöd
Standardnivå	Normal standard	Normal standard	Minimal standard
Social kontroll	Liten	Måttlig	Stor
Socialförsäkringsnivå	Hög	Hög	Låg
Socialtjänste- produktion	Offentlig sektor	Privat och offentlig sektor	Privat och offentlig sektor
Finansiering	Skatter	Skatter och premier	Skatter och insamlingar
Juridisk grund	Lagreglerad	Lag- eller avtalsreglerad skattestimulerad	Överenskommelse- reglerad
Offentligt anställda	Många	Färre	Relativt få
Kvinnor i yrkesarbete	Många	Färre	Relativt få
Arbetsfrånvaro	Hög	Måttlig	Måttlig
Styrvivå	Hög	Låg	Låg
Postindustrialisering	Hög	Relativt hög	Relativt hög
Skattenivå	Hög	Måttligt	Låg

Källor: Se bl a not 2 och 3.

Etik och välfärd

FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna slår fast att människor inte kan rangordnas efter ett antal kännetecken. Samtidigt visar dagens erfarenheter att prioritering är en nödvändighet. I välfärdsstatens sjukvård, som inte i första hand styrs av marknadskrafterna, kan man skilja mellan två slags prioritering: den på individnivå i kliniken och den på befolkningsnivå i politiken. I den kliniska verksamheten, nära den enskilde patienten, väntas personalen göra sitt bästa för den enskilde individen. Genèvekonventionen slår fast att "the health of my patient shall be my first consideration".^{4, s 96} Mot den bakgrunden kan två frågor ställas. Å ena sidan om det är etiskt acceptabelt att ta ekonomiska hänsyn ansikte mot ansikte med en patient. Står inte plikten gentemot en människas liv och hälsa över ekonomin? Å andra sidan om det är etiskt acceptabelt att göra allt som är möjligt för en patient, om andra därigenom avskrivs från vård och behandling. Båda frågorna utgår från att etiken spelar roll. Motsättningen består i valet av etisk utgångspunkt.

Besluten på befolkningsnivå är abstrakta. De enskilda människor som påverkas har inte något ansikte. De är siffror i behandlingsstatistik och vårdköer. På denna nivå, den principiella, är det lättare att säga nej. Men frågan om urvalskriterier är i realiteten aktuell både på principiell nivå och på individuell nivå.

Vad är etik?

Etik är *analys* av moraliska normer och *reflexion* över vilken funktion de har i mänskligt handlande. Moral handlar om vad som är gott och vad som är ont. Etiken förutsätter ett mått av solidaritet människor emellan. Det handlar om ett ansvar som går vidare än juridikens. Etiken är till hjälp vid vägval i livet. Den blottlägger konflikter mellan moraliska värden. Därför är den kontroversiell.⁵

Varje verksamhet där människor är beroende av varandra aktualiserar moraliska krav. Det finns samband mellan välbefinnande och moral. Andras hälsa är beroende av hur vi handlar. Vår hälsa är beroende av vad andra gör. Förmågan till inlevelse och medkännande är viktig för ett etiskt förhållnings-sätt.

Vilka situationer är särskilt angelägna för etisk analys? – Svar: Sådana där mänskligt väl och ve står på spel. Sådana som saknar rutinlösningar och spontana regler men där vi ändå måste handla. Sådana där passivitet betyder att något farligt kan hända. Sådana som kännetecknas av oklarhet, av bristande precision. Sådana där vi är angelägna om att handla rätt och konsekvent.

Den *normativa* etikens uppgift är att ge vägledning om vad som är gott och ont så att handlandet kan bli ansvarsfullt. Den *beskrivande* etiken undersöker vilka etiska värderingar som faktiskt förekommer.

Etiska normer framkommer inte till följd av forskning i traditionell mening. Ändå hör de till de medmänskligt centrala. Även om individerna i ett samhälle har skilda inställningar till mångt och mycket är det viktigt att enighet finns om grundläggande värderingar.

Ju snabbare ändringar desto färre gemensamma normer för skilda åldersgrupper.⁶ Ju större förändringar desto större social sveda i samhället. Etiska dilemman uppstår när motstridiga krav inte kan uppfyllas. Exempelvis när man väntas följa en norm i sitt arbetsliv som inte överensstämmer med ens rättskänsla, eller när två parter har olika uppfattning om vilken rättighet som motsvaras av en väntad skyldighet.

Etiska teorier

Ska vårt handlande styras av absoluta normer, eller ska vi laga efter lägenhet med sikte på de förväntade resultaten? Får människan göra saker och ting bara för att de kan göras?

Det är vanligt att skilja mellan pliktetik och konsekvensetik.⁵

Pliktetik (deontologi) innebär att människors relationer bör grundas på absoluta normer. Som moraliskt handlande individ är man förpliktigad att följa dem. Det finns enligt pliktetiken handlingar som man bör utföra oavsett konsekvenserna.

En handling är enligt pliktetiken god när den baseras uteslutande på individens plikt-känsla, inte på lusten att göra en god gärning. En övergripande norm är att handla mot andra som man vill att de ska handla mot en själv. Den tyske 1700-talsfilosofen Immanuel Kant är en av företrädarna för pliktetiken. För att handlandet ska anses moraliskt måste det kunna upphöjas till allmän lag överallt och alltid, menade Kant. Att hålla sig till sanningen är ett exempel. Resultatet är inte det fundamentala.

Konsekvensetik (nyttøetik, utilitarism) innebär att mänskligt handlande anses vara bra eller dåligt beroende på i första hand hur bra eller dåliga följderna är. Vilken nytta, glädje eller lycka ger handlandet upphov till? Vilken olycka undgår man? Metoderna för att nå resultat ges mindre vikt. "Största möjliga nytta för största möjliga antal" är ett konsekvensetiskt uttryck.

Den engelske 1800-talsfilosofen John Stuart Mill betraktas som företrädare för konsekvensetiken. Grunderna härstammar från 1700-talet och Jeremy Bentham. Kostnads-nyttoanalysen kan ses som ett försök till modern tillämpning.

Det finns inte "vattentäta skott" mellan de båda etiska teorierna. Pliktetik skulle kanske kunna betraktas som en form av konsekvensetik, nämligen om konsekvenserna av att följa plikten anses mer eftersträvarsvärda än konsekvenserna av att inte följa plikten. På motsvarande sätt skulle konsekvensetik kanske kunna som en form av pliktetik, nämligen om man ser som sin plikt att välja det "nyttigaste" handlingsalternativet. Men detta är inte den vanliga definitionen.

Genèvekonventionen slår fast att ekonomiska hänsyn inte ska tas ansikte mot ansikte med patienten. Samtidigt anses det moraliskt försvarligt att ta ekonomiska hänsyn på populationsnivå. I en kommentar säger den danske forskaren Kenneth Flex⁴:

"Om denne kobling af pligtetik (på individniveau) og nytteetik (på populationsniveau) er 'forsvarlig' kan diskuteres. Imidlertid udspringer den af indsigten i, at der næppe nogen sind vil opstå en situation, hvor misforholdet mellem muligheder og ressourcer er udryttet. Accepterer man, at prioriteringsproblemstillinger er universelle og tidløse, så accepterer man samtidig – i det mindste implicit – at der skal træffes valg".^{4, s97}

Flex^{4, s29-32} pekar på vad filosofen Uffe Juul Jensen kallar *horisontell* respektive *vertikal* prioritering. Den horisontella handlar om allas lika tillgång till de behandlingsformer som står till buds. Den vertikala står för nödvändigheten att av resursskäl frånvälja behandlingsmöjligheter som i och för sig skulle kunna vara positiva för den enskilde patienten. Det finns en konflikt mellan idealet och verkligheten.

Vilka behov?

Hur ska prioritering ske av olika patientgrupper? I princip ska resurserna sätas in där behoven är störst. Men behov är inget entydigt begrepp.⁷

Observerade medicinska behov

En utgångspunkt är *observerade medicinska behov*. De personer som har de mest påtagliga sjukvårdsbehoven, de allvarligaste anmälda tillstånden, ska få hjälp först. Allvarligheten har att göra med sannolikheten för att en sjukdom reducerar livsutsikterna. Hänsyn får också tas till sjukdomens betydelse för livskvaliteten.

Man får skilja mellan akuta vårdbehov och stora vårdbehov. Att exempelvis

rädda en person från för tidig död genom mun-mot-mun-metoden innebär hjälp vid ett akut vårdbehov, men behovet är inte stort i den meningen att det kräver ansenliga resurser.⁷

Behov måste relateras till mål. Vad vill man i första hand uppnå? Hjälp för den som har en chans att bli väsentligt mycket bättre till sin hälsa till följd av en ögonblicklig åtgärd? Eller hjälp åt den som riskerar att falla till en mycket låg hälsolivå om inte åtgärder vidtas med en gång? Eller ska den som är fruktansvärt sjuk och som man därför tycker väldigt synd om ha den omedelbara hjälpen oavsett om den kan väntas ha någon påtaglig effekt eller ej?⁷

I kritiska situationer talar man om "triageprincipen". Då anges "tröskelstatus". Dem som befinner sig under en viss hälsolivå, dem som mänskligt att döma är utan hopp, avstår man från att ge annat än underlättande hjälp.

Faktiska medicinska behov

Att prioritera med hänsyn till *faktiska medicinska behov* innebär att gå längre än att se enbart till dem som gjort sina behov påminna i hälso- och sjukvården. I dag är det i allmänhet individen som närmar sig vården med sina problem. En principiellt annorlunda metod är att vården närmar sig grupper i befolkningen som har hälsoproblem och är potentiella patienter. Syftet skulle då vara att klargöra för riskgrupper att de har eller kan få problem som de bör få hjälp med.

Den dolda ohälsan har en betydande omfattning. Vad som observeras i sjukvården är i vissa fall "toppen av ett isberg". Det ger obduktionsstudier en antydning om.⁸ "Behov" är till stor del beroende av hur kriterierna anges. Det är heller inte givet att varje sjukdom ovillkorligt ska bli föremål för medicinska åtgärder. En hel del besvär går över av sig självt. Vissa svarar inte på medicinsk behandling. Trots medicinens utveckling kvarstår begreppet "obotligt".

En startpunkt för analys av reella behov i en befolkning kan vara epidemiologiska kommundiagnoser.⁹ Då studeras såväl nya sjukdomsfall i befolkningen under en period (incidens) som totala antalet sjukdomsfall vid en tidpunkt (prevalens). Behov kan kartläggas genom systematiska utfrågningar och undersökningar. Analyser kan också ske av faktorer bakom ohälsa och tidig död.

Vård på lika villkor

Likställdhet innebär att alla ska behandlas lika tills någon olikhet kan påvisas som motiverar olik behandling. Det är när några behandlas olika som rättvisan i det som görs aktualiseras.¹⁰

Frågan om rättvisa är ständigt aktuell: "För att alla ska behandlas lika måste alla behandlas olika". Någon säger: "Jag tycker att de som nöjer sig med jämlikhet ska få det" (Tikkanen). Någon annan lyfter fram vikten av att "dö som elitist för att återuppstå på de förtrycktas sida" (Paulo Freire).

Ytterst är likställdhet en politisk nyckelfråga. Låt oss studera några begrepp.

Social likställdhet

Social likställdhet innebär lika möjligheter till hälsa och vård oavsett status i samhället, ras, religion, kulturell bakgrund, yrke, utbildning och kontakter. I Babels hus ger författaren P C Jersild en bild från Det Stora Sjukhuset.

Skulle han lägga Primus Svensson i respirator? På ett mindre sjukhus hade han knappast tänkt tanken ens – men det här var inget litet sjukhus. Enskede sjukhus var ett av de stora flaggskeppen med mycket goda tekniska resurser. Skulle inte de utnyttjas? Det berodde på vilka intressen som eventuellt kunde finnas. I sig var Primus Svensson ingenting: han var en 76-årig före detta typograf utan något speciellt värde för någon... Efter att ha tänkt ett par minuter, bestämde sig Torben Gillberg för att ta över Primus Svensson till intensivvården... De fick väl hålla liv i gubben tills det visade sig vem som hade intresse av honom.

Inget land, oavsett ekonomisk nivå eller politiskt system, lever helt upp till sociala likställdhetskrav. Den kritiska frågan är om sjukvården förstärker eller minskar de skillnader som finns. Är de som tillhör högstatusgrupper inte bara friskast? Betjänas de också effektivare? Den officiella jämlikhetsambitionen korsas av en verklighet som ger större möjlighet till hälsa åt den som har större kunskap. Lågstatusgrupper har svårare att omsätta hälsokunskande till praktik. De tycks också vara sämst på att göra sin röst hörd i vården.

Prioritering med hänsyn till försörjningsbörda, roll i arbetslivet, uppgifter i samhället etc, alltså med hänsyn till sociala faktorer, kräver samstämmighet kring kriterier.¹¹ Sådan överensstämmelse kan vara svår eller snart sagt omöjlig att komma fram till. Den måste spegla politiska hållningar. Det är också en princip många ställer sig skeptiska till. Ändå – när resurserna inte räcker till allt, ställs frågan om utbytet, sett ur gemenskapens perspektiv.

Historiskt talar man om "*eskimåkriteriet*". När svält hotade offrades de äldsta först. Om maten ändå inte räckte till var det barnens tur att offras, därefter kvinnornas och sist männens i en ordning som bestämdes av deras förmåga till jakt. De goda jägarna offrades sist.¹¹

Ekonomisk likställdhet

Ekonomisk likställdhet innebär samma chans vid behov utan hänsyn till ekonomisk situation. Med de relativt låga avgifter som tas ut för vård – eller med den avgiftsfrihet som kan gälla – är det överdrivet att tala om några större ekonomiska hinder för den enskilde att få nödvändig vård i de nordiska länderna. Ett problem kan ligga i att alternativa terapier, som en patient upplever som effektiva, inte stöds på samma sätt som skolmedicinens. Drygt var femte hade vid slutet av 1980-talet erfarenhet av alternativ behandling.¹²

Vi har i Norden inte ekonomiska barriärer i sjukvården som i USA. I vår kultur finns exempel på andra hinder mot att nå fram till vård: krångel, väntelistor, svårbegripliga formulär och begrepp. Sådant gynnar heller inte resurs-

svaga. Hur lika är de reella möjligheterna till insyn, rättelse och ersättning vid fel i olika ekonomiska skikt? – Svaret är att vi inte vet.

Hustrun i en studentfamilj, som flyttade från Sverige till Kalifornien, råkade ut för huvudvärk. När hon redogjort för sina besvär frågade läkaren: "Vilken sorts undersökning vill ni ha? En för 30, 100 eller 250 dollar?" – Harmsen avslutade hon läkarbesöket – och huvudvärken återkom inte.

Att prioritera med hänsyn till *plånboken*, förmågan och villigheten att betala för insatserna, är något vi i Norden inte anser godtagbart annat än som komplement till vår huvudsakligen skattefinansierade vård. Men i tider av resursknapphet finns tendenser i den här riktningen, likaså för exempelvis skönhetsförbättrande ingrepp eller mer exklusiva behandlingsalternativ.

"Landstinget betalar din operation under förutsättning att den lyckas" – detta är en ny typ av politisk prioritering i knapphet.

Vid en olycka skadade en man två kotor och blev svårt handikappad. Läkarna på centrallasarettets ortopedkirurgiska klinik vägrade remiss till specialist på regionsjukhuset. De ansåg att inget hopp fanns om förbättring. Regionsjukhusets specialister hade annan uppfattning. Men operationen, som kostade 120 000 kr, skulle patienten få betala själv. Efter påtryckningar från massmedia ändrade landstinget inställning, dock "under förutsättning att operationen kommer att lyckas".¹³

En annan diskutabel prioriteringsmetod i knapphetstider är att patienter från andra län, där landstingen är beredda att betala, går före vid prioritering på regionsjukhus.

Kvotering har enligt uppgift¹⁴ införts vid Sahlgrenska sjukhuset för göteborgare som är i behov av öppen hjärtkirurgi. Anledningen är att sjukhuset överskridit sin budget det aktuella året. Den medgav endast 265 öppna hjärtoperationer på göteborgare per år. Resultatet är att läkarna fått ta geografiska i stället för medicinska hänsyn när de kallat patienter till operation. Endast de göteborgare som har förtur kunde opereras.

Teoretiskt är möjligheten intressant att prioritera med hänsyn till vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Variationer i hälsostatus utgör grunden för beräkningar av QALY:s. Bakom ligger antagandet att behandling som leder till att x personer förs till full hälsa under y år har ett högre socialt värde än behandling som innebär att lika många personer förs till bara måttlig förbättring under samma tidsperiod.

Sjukdomsmässig likställdhet

Finns *sjukdomsmässig* likställdhet: ett likartat förhållningssätt gentemot människor med sjukdomar av skilda slag? – Något mer omfattande svar som är baserat på systematiska studier finns inte tillgängligt. Som helhet torde den

med intressant åkomma få större intresse. Låg medicinsk status har de psykosociala avvikarna, de drogberoende, de funktionshämmande och de långvårdskrävande, inte minst de som drabbats av Alzheimers sjukdom. Värst lär AIDS-patienterna i vissa länder ha det.

Geografisk likställdhet

Folk bor också avsides. *Geografisk* likställdhet betyder lika utsikter till hälsa och vård oavsett var man bor. Geografisk likställdhet existerar inte. Vårdutbudet är större i tätorterna. Där finns de högspecialiserade som behöver stort befolkningsunderlag för sin verksamhet. Vården kan inte vara nära när patienterna är fjärran. Men glesbygdsborna, som bara har en bråkdel av storstadens läkarbesök, är inte sjukare för det. I stället förhåller det sig tvärtom.

I landsorten lever folkliga behandlingsformer kvar. Traditionella kunskaper förs över mellan generationerna. Effekten av mormors råd kan vara lika bra som professionell hjälp när det gäller många vardagliga hälsofrågor. Tanken på likformig geografisk distribution över landet av medicinsk service är utopisk. Men koncentrationen till tätorter är heller inte godtagbar när jämlikhet ska vara norm. Detta även om problem i många fall är koncentrerade till storstäderna.

Åldersmässig likställdhet

Hur är den *åldersmässiga* likställdheten i sjukvården? Är chansen till hälsa och vård lika oavsett ålder? Bilden är sammansatt. Konsumtionen av vård ökar kraftigt med stigande ålder. Den största delen av sjukvården går till en liten grupp.

Frågan kan ställas om likställdhet ska mätas i *resultat* som vårdtjänsterna ger upphov till, eller enbart i likhet när det gäller *erbjudanden* om vård och åtgärder. Resultatlikhet skulle vara önskvärt men är orealistiskt. I allmänhet är riskerna för komplikationer större när äldre opereras. Vävnaderna är svagare. Risken vid anestesi att något oförutsett händer är större. Utredningsgången är inte densamma när en 25-åring kommer in med magsmärtor som när en 85-åring gör det. Samma sjukdom kan ge olika besvär beroende på vad man sysslar med och vilket liv man lever. För en aktiv 20-åring kan ett bräck i bukväggen vara invalidiserande. För en 80-åring kanske besvären inte upplevs som lika svåra, om han eller hon nämligen lever ett stillsammare liv. Chansen att bli besvärsfri efter operation kan vara mindre för den äldre. Besluten om åtgärd kan också ha samband med hur patienten presenterar sina problem.

Detta är den ena aspekten. Den andra är att äldre i dag är betydligt vitalare än förr vid given ålder. Operations- och anestesimetoderna har utvecklats att bli betydligt skonsammare än förr. Det betyder att större ingrepp framgångsrikt kan utföras vid högre ålder än tidigare. Det är inte den kalendariska åldern så mycket som den mentala som kan vara avgörande.

Kötidslikställdhet

Prioritering efter *kötid*, alltså den ordning enligt vilken behov har anmälts till hälso- och sjukvården, är vanlig vid icke akuta fall: "Den som kommer först ska först få service".

En uppfattning är att väntelistor speglar en objektiv skillnad mellan behov och tillgång på service. Köer skulle då kunna elimineras genom ökade resurser. Men väntelistor är inte alltid ett problem. De kan ge uttryck för god klinikadministration. Det är snart sagt omöjligt att driva en klinik med optimal beläggning utan någon väntan i de icke akuta fallen. Om köerna inte är alltför långa och inte ökar kan de snarare betraktas som arbetsplan än som problem.¹⁵

Köer kan skapa konstlade behov. Lärdomar kan dras från de svenska långvårdsköerna för några år sedan. Barn anmälde föräldrar "för säkerhets skull". Man antecknade sig för att vara garderad i händelse av behov. Platser upptogs strängt taget i onödan. Man "vågade" inte tacka nej när väl ens turordning kom.

När möjlighet skapades till kronisk dialys måste plötsligt prioritering ske bland ca 1500 potentiella dialyspatienter om året. Så här berättar en njurmedicinare:

"Vi gick efter principen 'först till kvarn...' Vi lärde oss läxan att ingen läkare vill bestämma om fördelningen av livsuppehållande behandling vid 'bedside', och det kan man inte heller."^{16, s 340}

Ur politisk synvinkel är köer ett problem. År 1992 infördes i Norge en väntelistgaranti som innebär att varje fylke måste registrera köande patienter. Fylket har även skyldighet att följa väntelistsituationen i landet som helhet.

I Sverige har landstingsförbundet infört en rikstäckande vänteliststatistik från 1992. Vård bör enligt en rekommendation ges inom tre månader för följande:

- Utredning och behandling av kranskärslsjukdomar
- Total ledplastik i höft eller knä
- Operation av gråstarr, ljumskbräck och godartad prostataförstoring
- Kirurgisk behandling av urininkontinens hos kvinnor och prolaps
- Utprovning av hörrapparat.

Sedan vårdgarantin införts har väntelistorna kortats. I både Norge och Sverige har statliga stimulanspengar getts till landstingen i detta syfte.

Jämställdhet mellan könen

Existerar *jämställdhet mellan kvinnor och män* i hälsa och vård? – Kvinnor lever i genomsnitt fem till sex år längre än män. De förefaller av naturen bättre konstruerade. De är vanligen försiktigare med alkohol. Samtidigt är kvinnor

genom livet större vårdkonsumenter än män. Kvinnorna går oftare till läkare, ligger mer på sjukhus och använder mer läkemedel. I likartade situationer kan i efterhand konstateras att män oftare än kvinnor får behandling för exempelvis hjärtproblem.

I riskzonen för dålig hälsa är ensamma män, fränskilda och änklingar.

Begränsningar

Den som jämför upptäcker olikheter, för naturen har inte skapat två ting lika. Likställdhet är ett ideal, en politisk och religiös ambition: "En utjämning ska ske" (2 Kor. 8:13). Men fullständig likställdhet är en fullständig utopi. Vi människor, bortsett från enäggstvillingar, är sinsemellan olika.

Begreppen jämlikhet och valfrihet söker sin begränsning i varandra. Men det är orimligt att slå sig till ro med de stora skillnader som finns mellan grupper i samhället. En del av olikheterna är möjliga att förändra genom samhällsbeslut och bör påverkas genom aktiv politik för hälsa. Angelägna frågor i sammanhanget är vilka som ska utarbeta förslag till kriterier (etiska experter, medicinska specialister, statliga utredare?), vilka som ska bestämma (politiker, läkare, administratörer?), vilka som ska tillämpa kriterierna (tjänstemän, egna företagare?), vilka som ska utvärdera och vilka som ska övervaka.

Prioriteringsdokument

I det följande ges exempel på prioritering som föreslagits i Norge, Oregon i USA och vid ett lasarett i Sverige. Det norska och det svenska exemplet ger allmänna riktlinjer. Det amerikanska ger en prioritetsordning för diagnoser.

Prioritering i Norge

Norska "prioriteringsudvalget"¹⁷ sökte få fram kriterier som kunde användas oavsett om resurserna ökar, minskar eller är oförändrade. De faktiska prioriteringarna sker ofta utan kritisk ekonomisk och hälsopolitisk värdering, säger utredningen. I många fall utövar påtryckningsgrupper, med eller utan hjälp av massmedia, väsentligt inflytande.¹⁸

Utmaningen inför framtiden gäller "nödvändig helsetjeneste" för de svagaste patientgrupperna:

Begreppet "nödvändig helsetjeneste" står för den miniminivå av service till vilken tillgången bör säkras. Där ingår *diagnostik* vid misstanke om allvarlig sjukdom, *behandling* vid påvisad allvarlig sjukdom när behandling väsentligt kan förbättra sjukdomens prognos, *habilitering* vid allvarlig kronisk sjukdom och funktionsnedsättning samt *omvårdnad* och *förebyggande* med information om positiva och negativa miljöfaktorer och levnadsvanor.

Första prioritet har akut kirurgi, akut psykiatri, nyföddhetsvård och akut internmedicin (exempelvis allvarliga cirkulations- eller andningsbesvär och

diabeteskoma). Vidare katastrofberedskap, förebyggande vård och beredskap mot allvarliga smittsamma sjukdomar (till exempel AIDS).

Andra prioritet har personer med allvarliga och kroniska sjukdomar. Exempel är cancer, hjärtsvikt, psykoser, allvarliga neuroser, diabetes, reumatiska eller ortopediska sjukdomar, kroniska sjukdomar i nervsystemet och allvarliga syn- eller hörselsjukdomar. Till detta område hör också äldreomsorgen samt vissa delar av den förebyggande vården (som mödra- och barnhälsovård, preventivmedelrådgivning, screening av högriskgrupper samt syn- och hörseltest inom skolhälsovården).

Tredje prioritet: mindre besvär som förhöjt blodtryck, de vanligaste barnsjukdomarna, åderbräck och den yrkesmedicinska delen av företagshälsovården. Konstgjord befruktning hör också till denna grupp, efter att först ha placerats i prioriteringsgrupp fyra. Omprioriteringen orsakades av påtryckningar från opinionsgrupper.

Fjärde prioritet: exempelvis rutinmässiga ultraljudsundersökningar under graviditeten och läkarbesök vid självläkande åkommor, som förkylningar.

Noll prioritet har sådant som visserligen är efterfrågat men inte anses nödvändigt. Hit hör delar av skolhälsovården, specialresurser för tävlingsidrottare, personalläkardelen av företagshälsovården och rutinmässiga hälsokontroller av friska individer utan förhöjd risk.

Ett mål är att patienter med högprioriterad sjukdom, dvs prioritet 1 och 2, ska behöva vänta högst sex månader på operation eller annan behandling. Om inte "hemsjukhuset" klarar detta får vård söka ordnas åt patienten vid annat sjukhus.

I den norska prioriteringsdiskussionen har klargjorts att alla i princip ska ha rätt till "bästa möjliga behandling" för en och samma sjukdom. Utvecklingsstörda barn kan exempelvis ställa samma krav på nödvändig hjärtoperation som andra barn.

Sammanfattningsvis beträffande den norska prioriteringsdiskussionen: Den somatiska medicinen hålls på stabilt hög nivå. Nedprioritering sker av diagnostik "för säkerhets skull". I diskussionen har särskilt prevention, psykiskt hälsovård och medicinsk rehabilitering lyfts fram.

Prioritering i Oregon

I delstaten Oregon i USA har arbete pågått sedan 1987 om prioriteringskriterier för patienter vars vård finansieras med offentliga medel. Både allmänhet och experter har gett synpunkter. Metoden får framför allt ses som ett försök att generera offentlig policy inom ett viktigt område.¹⁹

Slutrapporten, som kom 1991, innehåller en prioriteringsordning med förslag om finansiering av nio grundläggande och fyra särskilt viktiga grupper av hälso- och sjukvårdstjänster. Därtill kommer sådana som har värde för vissa grupper av individer. Urvalet har skett med utgångspunkt från 709 behovskategorier. Här följer rangordningen.

Grundläggande vårdtjänster

1. Akuta livshotande tillstånd där det gäller att förhindra för tidig död och där resultatet väntas bli full hälsa. Exempel: blindtarmsinflammation, hjärtinfarkt och blödande sår efter våld mot huvudet.

2. Mödravård – förlossning, förgiftningssymtom hos nyfödda, terapi vid underviktighet etc.
3. Akuta livshotande tillstånd där det gäller att förhindra för tidig död och där resultatet kan bli full hälsa. Exempel: terapi vid akut bakteriell hjärnhinneinflammation eller vid öppen ledfraktur.
4. Preventiva vårdinsatser för barn, t ex immunisering, terapi vid streptokockinfektion i luftvägarna och scharlakansfeber samt hälsoundersökning för särskilda problem beträffande syn, hörsel och blodbrist.
5. Kroniska tillstånd där terapi väntas öka livslängden och livskvaliteten, t ex för typ 1 diabetes mellitus; medicinsk och kirurgisk behandling för behandlingsbar cancer i livmodern och medicinsk terapi vid astma.
6. Reproduktionsrelaterad service: preventivmedel, vasectomi, födelsekontroll etc.
7. Underlättande vård vid tillstånd då döden är nära förestående.
8. Förebyggande tandvård för barn och vuxna, exempelvis fluorsköljning.
9. Sjukdomsförebyggande vård för vuxna, t ex viss blodtryckskontroll, medicinsk terapi och kemoprophylax för primär tuberkulos och mammogram.

Särskilt viktiga vårdtjänster

10. Akuta, icke livshotande tillstånd där fullt tillfrisknande är att vänta. Exempel: akuta sköldkörtelproblem, vaginalinfektion och behandling av karies.
11. Kroniska, icke livshotande tillstånd där engångsbehandling väntas höja livskvaliteten. Som exempel nämns höftledsplastik, laserkirurgi vid diabetesrelaterade ögonsjukdomar och medicinsk terapi vid reumatisk feber.
12. Akuta, icke livshotande tillstånd där resultatet kan bli full hälsa. Exempel: armbåge som är ur led, knäledsproblem som kan åtgärdas med skopi, hornhinneavlossning.
13. Kroniska, icke livshotande tillstånd där upprepad behandling höjer livskvaliteten: behandling för kronisk bihåleinflammation, migrän, psoriasis etc.

Vårdtjänster av värde för vissa grupper

14. Akuta, icke livshotande tillstånd där tillfrisknandet påskyndas: blöjutslag, akut katarr, akut svalginfektion etc.
15. Infertilitetsbehandling av olika slag.
16. Preventiv vård för vuxna: enkel urinanalys beträffande blod i urinen för vuxna under 60 års ålder, kolonskopi för personer under 40 års ålder, hälsoundersökning av icke gravida vuxna för typ 1 diabetes mellitus.
17. Åtgärder som kan leda till liten eller ingen ökning av livskvaliteten: behandling av vårtor etc.

Oregon-prioriteringen har lett till livlig diskussion i USA, inte minst mot bakgrund av att den endast avser underprivilegierade grupper.

Prioritering i Sverige

Vid Falu lasarett har klinikchefer och administratörer arbetat fram en prioriteringsordning med sju grupper:²⁰

1. Akuta sjukdomstillstånd som kräver omedelbart omhändertagande. Med sjukdomstillstånd avses en sammanvägning av somatiskt, psykiskt och socialt betydelsefulla tillstånd och skador.
2. Sjukdomstillstånd som kräver handläggning inom en vecka och där utredning och behandling förhindrar eller utesluter allvarlig försämring, svår invaliditet eller död.
3. Sjukdomstillstånd eller misstanke härom där utredning och behandling krävs inom två månader för att förhindra försämring.
4. Sjukdomstillstånd där utredning och behandling motverkar hjälpkrävande handikapp eller förbättrar förmågan att klara vardagsbestyr.
5. Sjukdomstillstånd där utredning och behandling kan förbättra förmågan till förvärvsarbete eller vardagsbestyr hos individ eller familj, eller där funktionsnedsättning kan förhindras.
6. Sjukdomstillstånd där risk inte föreligger för sekundär skada eller handikapp men där utredning och behandling kan leda till väsentligt högre livskvalitet.
7. Sjukdomstillstånd med subjektiva besvär eller funktionsnedsättande som inte väsentligen stör livsförmågan eller där önskemål finns om utredning och behandling på alltför hög nivå.

Den sjukdomsförebyggande verksamheten hamnade utanför rangordningen, men ett allmänt uttalande gjordes att "ett konsekvensetiskt synsätt" ska utgöra prioriteringsgrund. Vid överväganden om förebyggande insatser ställdes särskilt kravet om vetenskaplig dokumentation.

Förtur. Vid planerad kirurgi brukar i Sverige patienter indelas i tre grupper. De med "dubbel förtur" har högst prioritet. Dit hör cancerpatienter för vilka varje fördröjning kan innebära ökad risk. De med "enkel förtur" har också svåra besvär, men det anses inte livsfarligt för dem att vänta. De utan förtur har måttliga besvär. De bör opereras, men det spelar ingen större roll om det sker om en vecka eller ett år.

Kompromissmetoden. Att balansera medicinska specialiteter utgör ett problem i varje vårdssystem.²¹ Initiativ till utökning av resurserna med hänvisning till väntetider har i stor utsträckning kommit från klinikchefer.^{22,23,25} Under 1970- och 80-talen var ett vanligt hjälpmedel för prioritering att landstingen tillsatte arbetsgrupper och utredningar.²⁵

Bland hjälpmedel för prioritering på befolkningsnivå märks strategisk planering, övergripande statlig kontroll av antalet läkarbefattningar, utbildningsplanering, kontroll av byggande och av nya vårdplatser samt finansieringssystem som är avsedda att stimulera irrationella "överväganden".

Socialmedicinaren Johan Calltorp påpekar att den medicinska professionens initiativ och förmåga att påverka utvecklingen varit slående: "Den biomedicinska kunskapsutvecklingen borde också kunna vara en möjlig rationaliseringskraft sett över tiden... Samtidigt är erfarenheten att nya metoder ofta adderas till de gamla och att den biomedicinska utvecklingen därmed inte alltid medför rationalisering".^{25, s 85}

Typiskt för sjukvårdens utveckling har varit att kompromisser och sammanvägningar ägt rum under ärendenas beredning.²⁶ Med den amerikanske statsvetaren Charles Lindbloms²⁷ term kan man tala om "the science of muddling through" snarare än om "rationellt beslutfattande".²⁸

Även om statliga myndigheter presenterat utredningar har någon nationell hälsoplan inte tagits fram i Sverige till skillnad från Norge.²⁹ Det område i svensk sjukvård där statens inflytande i planeringen spelat särskild roll gäller regionsjukhusen.^{30,31} Dragkampen om den högspecialiserade vården har inneburit att landsting utan regionsjukhus genomgående önskat att själva ta hand om specialverksamhet och göra det snabbare än regionlandstingen vill släppa från sig motsvarande verksamhet. "Politiker, administratörer och läkare förenas lokalt i kampen för sitt sjukhus och sina spjutspetsar".^{25, s 83} Det gäller i hög grad också allmänheten. Få beslut leder till kraftigare protester än nedläggning av sjukhus.

Förhandlingsstyrka. Prioritering med hänsyn till *förmåga att hantera svårigheter och formalism* i vårdmaskineriet eller i politiken – är det så det ofta gått till i praktiken? Har grupper med kunskap om systemet och goda bekantskaper större chans att få gehör för sina prioriteringsönskemål? – Det kan vara svårt för den med icke-akuta vårdbehov att ta sig genom telefonköer på snävt avmätta tider och hantera krångel. Det finns tillfällen när resolut handlande krävts av den sjuke eller dennes anhöriga, likaså tid och kunskap; kanske också bekantskaper. Det är en viktig uppgift för sjukvårdens beslutfattare att se till att den principen görs överflödig.

Prioritering med hänsyn till "*maximalakustiska principen*" eller "decibelmetoden" betyder att de grupper som oftast, högst eller mest påträngande gör sitt behov påmint, först får service. Det kan ske genom föreningsaktivitet, genom uppvaktningar, massmedia etc. Officiellt är det en princip som avvisas. I praktiken spelar den roll.

Förhandlingssvaghet. Ska *psykiskt utvecklingsstörda* gå före andra när det gäller knappa resurser? – Ett utslag i regeringsrätten 1988 och flera därefter ger intrycket att detta är fallet.³² Domarna går ut på att samhället har ovillkorlig skyldighet att ge psykiskt handikappade all den experthjälp de kan behöva. Det inkluderar logoped- och sjukgymnastservice samt gruppbostad. Omsorgslagen är utgångspunkt. Den ligger i linje med tanken att samhället har ett särskilt ansvar för de svagaste, de allra mest utsatta.

Domarna har ifrågasatts: kan det vara samhällets avsikt att de utvecklingsstörda ska få absolut förtur? I realiteten måste ändå en ständig avvägning ske mellan behov och resurser.

Slumpens betydelse. Prioritering efter *tillfälligheternas, slumpens princip*, är troligen mer betydelsefull än man anar. Studier illustrerar att för snart sagt var och en som vårdas i sjukvården finns någon annan med i stort sett lika angelägna behov som inte får service.³³

Behovet av samtal. De medicinska behoven – faktiska eller, när kunskap saknas, observerade – bör avgöra vid prioritering. Men där upphör inte den etiska diskussionen. Snarare är det där samtalen om prioritering måste ta sin startpunkt.

I Hawaii-deklarationen, antagen av Världspsykiatriska föreningen 1977, sägs att läkarna ska verka "för en rättvis fördelning av hälsovårdens resurser" och "för allmän välfärd". Där fastslås att "varje patient ska erbjudas bästa tillgängliga behandling", men inget sägs om finansieringen. I Helsingfors-deklarationen från 1975 om bio-medicinsk forskning på människa sägs att riskerna och obehaget med en ny metod ska vägas mot de bästa tillgängliga diagnostiska och terapeutiska metoderna. Deklarationen säger dock inget om hur vägningen ska göras eller vilka faktorer som ska ges vikt.³⁴

Nya prioriteringsproblem aktualiseras under kommande år. Dels till följd av medicinens utveckling, dels som resultat av allmänhetens växande önskemål. Hur mycket ska samhället ställa upp med när det gäller finansiering? Ska sjukhus syssla med rituell omskärelse? Med männens håravfall? Med tillväxthormon som gör oss yngre eller längre? Ska också den femtonde aborten utföras utan att patienten får hjälp att reda upp sin sociala situation? Ska benmärgstransplantationer utföras på HIV-smittade? Kan vi få en bättre bild av vad som sker inom vårdcentralernas och sjukhusens väggar? Bättre beslutsunderlag, bättre uppföljning?³⁵

Det som mäts är det som kan mätas. En slagsida åt det omedelbart mätbara kan betyda att viktiga kunskaper missas i prioriteringen. Hur får man exempelvis en övertygande uppfattning om värdet av sådana "mjuka" områden som bildterapi, lekterapi, sjukgymnastik och psykoterapi?

Man undgår inte tvånget att välja. En etisk fråga är hur patienter och anhöriga informeras när behandling inte ges: "Vi säger naturligtvis inte: Vi har inte resurser att transplantera i ditt fall, även om du har 15 procents chans att överleva om vi transplanterar men ingen alls om vi inte gör det! Vi säger nog: Vi tycker inte du är en lämplig kandidat för benmärgstransplantation. – Är det etiskt att formulera det så enkelt?"^{36, s 102}

Utvecklingen under 1980-talet har betytt att de starka har huggit för sig. Njurmedicinaren Carl Kjellstrand har pekat på att äldre ges låg prioritering både vid dialys och transplantation. Han slår ner på "ett sjukdomstrivialt snuvslöseri, medan döende uremiker, cancerpatienter, anginösa gamlingar, blinda äldre och lidande ledsjuka får slåss i en grotesk huggsexa om att flytta brister från den ena till den andra gruppen".^{16, s 341}

I boken "Värdetik" har filosofen Torbjörn Tännsjö³⁷ ett kontroversiellt prioriteringsexempel.

På ett sjukhus finns en patient som behöver en ny njure, en som behöver ett nytt hjärta och en som behöver en ny lever. Hoppet för dem är nästan ute. Då införs på sjukhuset en benbrottspatient som är en perfekt organ-donator för samtliga tre behövande. I enlighet med konsekvensetiken eller nyttoetiken, som Tännsjö gör sig till talesman för, borde benbrottspatienten dödas och berövas sina organ för att tre människor ska kunna

leva vidare och inte bara en. I en artikel som diskuterar exemplet säger Tännsjö: "Man ska ha hämningar. Att slakta folk är normalt orätt, det skulle skapa osäkerhet och rädsla bland patienter om sådant skedde. Men enligt min teori vore det rätt i det här fallet om det kunde ske i hemlighet så att ingen blev oroad".³⁸

I en kommentar menar författaren Carl-Henning Wijkmark att en sådan nyttomoral bara går karriärsugna kirurgers ärenden. Det enda värddiga är att låta slumpen avgöra vem som ska få vårdresurserna.³⁸ Han menar att mänskliga rättigheter inte någonsin varit särskilt "inne" i Sverige. "När det är allvar gäller nyttomoralen".

Det försummade hälsoperspektivet

Det norska prioriteringsudvalget slår fast att det är mycket enklare att beskriva sjukdomsbehandling än hälsofrämjande. Det är viktigt att ge sjukdomsförebyggande insatser en rimlig chans och dessutom klargöra sambanden mellan de beslut som fattas i andra sektorer i samhället och kraven på hälso- och sjukvård. Till dessa sektorer hör miljövården, trafiken, arbetsmarknads- och socialpolitiken och samhällsekonomin i stort. Också det lokala hälsoskyddet hör hit. I Norge är hälsovårdsinspektörerna, som håller ett öga på matdiskarna i affärerna, restaurangerna och mycket annat, en del av samma organisation som den primära hälso- och sjukvården.

Under 1980-talet har Sverige för första gången under efterkrigstiden minskat den andel av BNP som går till sjukvård, så som den officiellt redovisas. Det har skett samtidigt som medellivslängden ökat mer än någonsin under efterkrigstiden. Medan den 1980 var 72,76 år för män och 78,81 år för kvinnor var den 1991 hela 74,94 år för män och 80,54 år för kvinnor. Det är den största ökningen sedan andra världskrigets magra år, de som visade sig ha samband med påfallande positiv folkhälsoutveckling.

I Norge observeras att det fylke som har de lägsta vårdutgifterna och den minsta tillgången på läkare, nämligen Sogn og Fjordane, också har bäst "hälsa" mätt med tillgängliga indikatorer. Är sambandet en slump? Eller är det ännu en indikator på att folkhälsans vägar väsentligen går utanför den institutionella och organiserade vården?

Hälsa på lika villkor

God vård på lika villkor är hälso- och sjukvårdens bärande princip. Men sjukvården är inte unik i att påverka människors hälsa.³⁹ Folkhälsa ställer krav på många andra områden. Den goda sjukvården, av bra kvalitet, lätt tillgänglig och i någon mening jämlik, är bara en del i välfärdsbygget. Ändå kan den vara avgörande i en kritisk situation.

Hälsa på lika villkor är att gå ett steg längre. Är detta ett möjligt mål? Vi människor föds med vitt skilda förutsättningar. Vi möter varierande omständigheter i livet. Vi gör själva mer eller mindre överlagda val. Allt detta har häl-

somässiga konsekvenser. En av de största "jämlikhetsreformerna", med positiva hälsoeffekter, har varit den fulla sysselsättningen. När vi människor arbetar sköter vi i allmänhet vår hälsa ganska bra. En epidemiolog med sinne för humor har sagt att en bra metod att förbättra svenska folkets hälsa skulle vara att förlänga arbetsdagen. Livsvanorna blir regelbundna. Riskerna är i stort sett under kontroll. Ett första steg är arbete för alla.

Samhällsbeslut och individuella beslut

Även om samhällsbeslut har väsentlig betydelse för folkhälsan är människans egen livsstil en central fråga. Man måste själv se upp när man går över gatan eller sitter bakom ratten. Själv säga nej till droger. Själv tvätta händerna, svara för sitt intag av vitaminer, fibrer och mineraler och motionera.

Det går inte att få hälsomässig likhet mellan grupper som röker och grupper som inte röker. Att rökare och icke-rökare har skilda risker för exempelvis bronkit och lungcancer är väl dokumenterat. Inget vårdssystem kan svara för att rökaren och icke-rökaren får lika sannolikhet för sjukdomar. Barn till rökare föds med genomsnittligt lägre vikt. De blir sjukligare. Rökningen utsätter också fostret för risker. Barn som växer upp i hem där det röks får oftare infektioner och allergier. Rökare är som grupp mer sjukskrivna än icke-rökare.

Den hälsopedagogiska modellen kan inte nöja sig med att tala till förnuftet. Om kunskap vore tillräcklig skulle ingen bruka tobak och narkotika. Problematiken går djupare. Det handlar om grupprelationer och identifikation. Praktiskt taget ingen börjar röka ensam. De program mot rökning som haft störst framgång är inriktade på sociala relationer och på vad barn, ungdom och äldre kan säga till sina vänner för att tacka nej när de frestas att börja.

Kan man, om jämlikhet ska vara ledstjärna, godta handlingsmönster som ger dålig hälsa? Många, de flesta, reser ragg inför påtvingade livsmönster. Den personliga friheten – rätten att utan inblandning få utforma sitt liv också på hälsans bekostnad – ser många som viktigare än annat. Men hälsa är i vårt samhälle inte enbart en privat angelägenhet.

Totalt alkoholförbud är ingen realistisk lösning, det visar exemplet USA under 1920-talet. Människorna blev friskare. Men samhället blev sjukt.

Om vi inte accepterar ojämlikheter, blir då slutsatsen genmanipulation och cellklyvning för att få identiskt lika individer? Jämlikt – ja. Men önskvärt – nej!

Utifrån sådana resonemang är det lätt att tycka allt är bra som det är. Det är det inte. Viktigt är att identifiera och prioritera faktorer som är påverkbara och som har samband med hälsa.

När man önskar få ut mesta möjliga av hälso- och sjukvårdspengarna, bör man då prioritera "förebyggande före byggande"? Den amerikanska forskaren Louise B. Russell analyserar förebyggandets ekonomi i boken "Is prevention better than cure".⁴⁰ Områden som visat sig ge påtagliga hälsovinster är: vaccinationsprogram, enkla hälsokontroller som blodtryckstagning, trafikkontroll,

olycksförebyggande och anspråkslösa motionsprogram.^{40,41} Däremot visade sig en stort upplagd kampanj som MRFIT inte ge signifikant positiva effekter på dödligheten.⁴²

Nationellt och internationellt

Ur hälsoperspektiv är olikheterna mellan rika och fattiga länder utmanande. Det motiverar våra insatser. Men medlidandet övergår i förbittring inför den orättfärdiga fördelning som ofta finns i omedelbar närhet av de hungrande. U-ländernas situation ger relief åt våra egna avvägningar.

Lika många kvinnor i u-länderna dör enligt uppgift i samband med förlösningar som om en fullastad jumbojet skulle störta varannan timme. I Norden är barnsängsdödligheten i stort sett uttraderad.

Kostnaden för en enda kranskärlsoperation i Sverige är stor nog för att rädda synen på flera tusen sjuka u-landsbarn. Men när resurser ställts till förfogande har många utvecklingsländer visat störst intresse att investera i avancerad västerländsk teknologi.

Allmänheten och prioriteringarna

Landstingsförbundet har i samarbete med Statistiska centralbyrån ställt frågor till ett representativt urval svenskar i åldern 18 – 74 år om inställningen till några etiska frågor. Den vägda svarsprocenten uppgick till 78 procent.⁴³

Köpa sig vård?

En fråga löd: "Tycker du att det är rätt att vården ska fördelas enbart efter medicinska behov?" Den frågan besvarade 55 procent jakande medan 23 procent svarade "nej". 22 procent valde svarsalternativet "vet ej". Hela nio av tio ansåg det inte vara rätt om man genom att betala extra skulle kunna köpa sig förtur i en operationskö, t ex till starroperation, vid ett sjukhus som drivs av landstinget. Men när frågan ställdes "Tycker du att det är rätt att man kan köpa sig t ex en starroperation på ett privat sjukhus och därmed kanske få den tidigare än man skulle ha fått enligt landstingssjukhusens väntelista?" ansåg två av tre detta vara rätt. De yngre var mer benägna än övriga att svara "ja".

I slutskedet

Många allvarligt sjuka och döende människor har svåra smärtor. Erfarenheter har visat att vissa läkare och sjuksköterskor ibland tvekar att använda t ex morfin för smärtlindringen. Man känner tveksamhet inför att kontinuerligt använda ett narkotiskt preparat. Mot den bakgrunden ställdes frågan: "Tycker du att det är rätt att ge en svårt sjuk och döende människa en effektiv smärtlindring med ett preparat som hos friska människor ger ett missbruksberoende?" Så många som 87 procent tyckte detta var rätt. Den yngsta åldersgruppen var något mera skeptisk till att ge sådana medel än äldre var.

Frågor om aktiv dödshjälp togs även upp i enkäten. En fråga löd: "Att ge aktiv dödshjälp är enligt lag förbjudet i Sverige. Det gäller också för de anställda i vården. Nu anser en del att läkarna borde kunna hjälpa en obotligt sjuk patient med svåra lidanden att ta livet av sig om patienten själv uttryckligen önskar det. Andra menar att det skulle undergräva förtroendet för sjukvården om läkarna fick tillstånd att medverka vid aktiv dödshjälp. Vilken åsikt stämmer bäst överens med din egen uppfattning? Att aktiv dödshjälp ska kunna ges eller att förtroendet skulle rubbas?" Nästan två av tre ansåg att aktiv dödshjälp skulle kunna ges. Bland de yngsta fanns ett särskilt starkt stöd för detta. 78 procent i åldern 18 – 24 år var positiva. Som helhet trodde en tredjedel att förtroendet skulle rubbas. Frågan om aktiv dödshjälp på sikt skulle innebära risk för andra människor än de patienter som önskar dödshjälp besvarade 54 procent nekande medan 46 procent såg risker med ett sådant handlingsätt.

Viktiga vårdområden

En fråga handlade om resursfördelning: "Vilka områden skulle du ge pengar till om du fick hundra miljoner extra att fördela?" Högst tre områden fick föreslås. Nästan två av tre skulle satsa på den specialiserade vården, t ex njurtransplantationer, höftledsoperationer, hjärtinfarktvård etc. Fler än varannan föreslog extra pengar till hälsokontroller och förebyggande av framtida sjukdomar. På tredje plats kom långvariga sjukdomar som egentligen är obotliga. Längst ner på prioriteringslistan kom ökade insatser för psykiska sjukdomar, för senildementa och AIDS-sjuka. Knappt var tredje prioriterade något av dessa områden.

Pliktetik eller konsekvensetik?

I en norsk studie ställdes frågan hur ett sjukhus borde prioritera mellan två patienter som kom med någon timmes mellanrum i ambulans, båda i livshotande tillstånd. Den ene skulle kunna återfå full hälsa om han behandlades. Den andre skulle få måttliga, bestående besvär men vara tvungen att gå med hjälp av kryckor. Sjukhuset hade inte resurser att operera båda snabbt nog. 79 procent, eller 48 personer, ansåg att de skulle behandlas i den ordning de anlönt medan 15 procent ville prioritera den patient som hade bäst prognos. I en kommentar säger forskaren Erik Nord: "The potential negative consequences for the use of QALY:s as a measure of social value are far reaching."^{44, s 88}

Om resurserna är knappa

I en studie från Uppsala universitet har professor Anders Jeffner ställt frågor till ett urval svenskar:⁴⁵

"Fastän man strävar efter att ge alla människor den vård och omsorg de behöver kan det vid ett visst tillfälle vara så att resurserna är begränsade och man tvingas välja en som ska ge företräde framför en annan. Det kan, t ex, vid något tillfälle vara brist på dialysapparater för njursjuka. Om

man, trots att man har försökt undvika det, hamnar i en sådan situation att endast en av två kan få vård – vem anser du ska få vård i följande fall?”

I valet mellan en som vårdat hälsan och en som vanskött den? Här svarar 49 procent den som vårdat hälsan och två procent den som vanskött hälsan. 29 procent föredrar lottning och 20 procent väljer svarsalternativet ”vet ej”.

I valet mellan en person med småbarn och en utan småbarn svarar 65 procent den med små barn och en procent den utan småbarn. 18 procent föredrar lottning.

I valet mellan en ung, under 30 år, och en gammal, över 70 år, svarar 74 procent den unge och tre procent den gamle. 10 procent föreslår lottning.

I valet mellan en svensk och en utlänning prioriterar 29 procent svensken och ingen utlänningen. 47 procent föredrar lottning.

I valet mellan en chef, som många är beroende av, och en vanlig anställd svarar 9 procent chefen och en lika stor andel den anställde. 58 procent anser lottning vara lämpligast.

Är allmänheten intresserad av att få snabbare vård i ett annat landsting? En studie från Karlstad visar att två av tre som väntar på total ledplastik och en lika stor andel som väntar på kataraktoperation inte vill låta sig opereras på annat sjukhus ens om väntetiden då kunde förkortas. Bara två procent av ledpatienterna och en procent av kataraktpatienterna kunde tänka sig att få operationen utförd på sjukhus i annat nordiskt land, om detta skulle vara en möjlighet. Två procent av ledpatienterna och fyra procent av kataraktpatienterna skulle vara villiga att betala hela operationskostnaden om väntetiden därigenom kunde förkortas. En begränsad del av kostnaderna kunde fyra procent av ledpatienterna och åtta procent av kataraktpatienterna tänka sig att betala i syfte att förkorta väntetiden.⁴⁶

Inför framtiden

Kan prioriteringsproblemen lösas genom ökade resurser för sjukvården? – Nej, menar Gösta Tibblin, då skulle folkhälsan bli lidande.⁴⁷ Vi har kommit till den märkliga situationen att läkare i dag inte bara *upptäcker* sjukdomar hos sina patienter utan *uppfinner* sjukdomar också. Indikationerna för åtgärder vidgas, gränserna för behandling sänks. Sjukdomsbegreppet ”behandlingskrävande hypertoni” användes 1963 för drygt en procent av 50-åriga män i Göteborg. I dag behandlas över 20 procent. Utvecklingen är liknande för diabetes. Nya områden för sjukvårdens åtgärder är infertilitet, östrogenbrist efter klimakteriet, kortväxthet och snarkningar. Polyper upptäcks i lufrör, magsäck, tunntarm, tjocktarm och urinblåsa. Jakten på födelsemärken är intensiv.⁴⁷

Ju mer kraven på sjukvård ökar, desto mer angeläget blir det att utforma etiskt bärande kriterier för prioritering.

Sjukvårdens prioriteringar sker utan öppen insyn, utan nämnvärd debatt. Det finns heller inte några enkla och entydiga svar på prioriteringens frågor. Detta innebär utrymme för godtycke. De starkare kan skaffa sig fördelar, de svagare komma i kläm.

Att göra några nöjdare utan att andra missgynnas, det är välfärdspolitikens yttersta mål. Om det målet ska förverkligas behövs reflexion över vad som är viktigast i livet. Vi behöver samtala om hur balansen mellan sjukdomsperspek-

tiv och hälsoperspektiv ska utformas och hur likställdhetskravet ska ges reellt innehåll i prioriteringsarbetet. Att ge konsekvensetiken fritt spelrum skulle äventyra väsentliga värden i vår kultur.

Diskutera

1. Vad ska den offentligt finansierade sjukvården ha skyldighet att ställa upp med? Vad ska bekostas av den enskilde? Hur göra med kosmetiska operationer, hälsokontroller och provrörsbefruktningar?
 2. Rätten i samhället till hälso- och sjukvård förutsätts vara knuten till en enskild individ. Modern medicinsk teknologi har gjort det möjligt att i viss mån identifiera och påverka sjukdomsriskerna hos ofödda oberoende av moderns hälsa eller sjukdom. Diskutera på vilket sätt hälso- och sjukvården påverkas av att födelsen betraktas som den tidpunkt vid vilken en egen rätt till sjuk- och hälsovård uppstår. Vilka konsekvenser skulle det få om fostret betraktas som en individ med självständig rätt till hälsohjälp?
 3. Det finns områden, exempelvis vården av för tidigt födda barn, där gränsen för överlevnad tenderar att korsa gränsen för legal abort. Vården är mycket kostbar, och en del av de barn som räddas till ett liv blir handikappade. Hur mycket är det rimligt att satsa på sådan vård?
 4. Bör den ransonering som är nödvändig vara uttrycklig och allmänt känd eller bara underförstådd och outtalad?
 5. Är det rimligt att forskarna ges resurser att utveckla behandlingsmetoder som inget samhälle, mänskligt att döma, har råd att tillämpa på bred bas i praktiken?
 6. Bör det finnas en prioriteringslista som är gemensam för hela landets hälso- och sjukvård, eller bör prioriteringen avgöras lokalt?
 7. Det finns personer som menar att en centraliserad, regelstyrd vård är lämpligare för att skapa likhet över landet än en som är lokalt baserad. Vilka skäl talar för? Vilka emot?
 8. Hur stora olikheter i väntetid kan godtas över landet?
 9. Ska sjukvården ägna sig åt livsuppehållande behandling av döende patienter även om behandlingen innebär endast några få procents möjligheter till hjälp och samtidigt är resurskrävande och svår för patienten?
 10. I vilken mån kan det anses rimligt att den som vållat sin sjukdom hamnar långt bak i kön eller själv får betala?
 11. Bör en särskild försäkring täcka samhällets kostnader för sjukvård när det gäller exempelvis olyckor som orsakas av motortrafiken?
 12. Är en utveckling trolig där de som har råd köper försäkringar för lågprioriterad vård eller för snabbare vård?
 13. Vilka synpunkter har Du på den prioritering som speglas i Jeffners undersökning?
 14. Vilka synpunkter har Du på den prioritering som framkommit i Norge, i Oregon och i Falun?
 15. Vilken betydelse har slumpen vid de prioriteringar som görs? Vilken roll bör slumpen ha?
 16. Bör sjukvårdens och försäkringskassans ekonomi ses i ett sammanhang för bättre samhällelig resursfördelning?
 17. Rätt till hälsohjälp förutsätter rätt till både diagnostik och terapi. Det finns skäl att anta att en stor del av dagens läkare är bättre diagnostiker än terapeuter. I vilken mån och på vilket sätt borde detta komma till uttryck i diskussionen om prioritering?
 18. Prioritering mellan skilda åldersgrupper är ett känsloladdat fält. Antag att en given summa ska fördelas dels på barn och dels på äldre. Inom båda områdena finns otillfredsställda behov. Vilken grund för fördelning av resurser vill Du föreslå?
 19. Det anses att bara en mindre del av de medicinska åtgärderna, kanske 10–15 procent, är tillfredsställande utvärderade. Varför kan vi inte göra oss kvitt återstående 85–90 procent?
 20. De förebyggande aktiviteterna konkurrerar inte på lika villkor med akutvården. Motiverar det att särskilda resurser öronmärks för förebyggande?
-

Litteratur

- ¹ *Prioritering inom hälso- och sjukvård – en idéskrift*, Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1991:1.
- ² Titmuss, R., *Social policy*, London: Allen & Unwin, 1974.
- ³ Kuhnle, S., och Selle P. (red), *Frivillig organiserat velferd – alternativ til offentlig?*, Bergen: Alma Maters Forlag, 1990.
- ⁴ Flex, K., "Prioritering og etik i sundhedsvæsenet – Et arbejdspapir", Köpenhamn: Det Etske Råd, 1990.
- ⁵ Rawls, J., *A theory of justice*, Cambridge, Mass: Balknap Press, 1971.
- ⁵ Helander, J. (red), *Gerontologi. Läran om det friska åldrandet*, Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1972.
- ⁷ Liss, P.-E., *Health care need. Meaning and measurement*, Linköping: universitetet i Linköping, 1990.
- ⁸ Britton, M., *Vad händer när anhöriga underrättas om planerad obduktion, och hur viktiga är obduktionerna?*, Stockholm: Karolinska Institutet, 1974.
- ⁹ Boonstra, E., *Utviklingen av kommunediagnose som et redskap i helseplanlegging i Askvoll kommune*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, MPH 1990:3.
- ¹⁰ Björk, S., "Några etiska grunder för beslutsfattande inom hälso- och sjukvården i Lund", Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE arbetsrapport 1990:5.
- ¹¹ Evans, R.G., *Strained mercy. The economics of Canadian health care*, Toronto: Butterworth, 1984.
- ¹² *Alternativmedicin I. Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén*, Stockholm: Statens offentliga utredningar, Socialdepartementet, 1989:60.
- ¹³ Lönnroth, P.-O., "Läkarna hyser gott hopp, Ingemar mår bättre", *Göteborgs-Posten*, 10 augusti, 1989.
- ¹⁴ Hultén, M., "Nytt hopp för hjärtsjuka", *IDAG*, 13 juni 1990, 17.
- ¹⁵ Yates, J., *Why are we waiting?*, Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ¹⁶ Finer, D., "Medicinsk prioritering när resurserna krymper", *Läkartidningen*, 1989; 86,340–344.
- ¹⁷ *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*, Oslo: Norges Offentlige Utredninger, NOU 1987:23.
- ¹⁸ Eide, M. och Hernes, G., *Død og pine. Om massemedia og helsepolitikk*, Oslo: FAFO, 1987.
- ¹⁹ Dougherty, C.J., "Setting health care priorities. Oregon's next step", *Hastings Center Report* 1991, maj–juni, 1–16.
- ²⁰ Thorling, J., *Vi har en prioriteringsnyckel. I: Vålj – välja bort, vardagsproblem i sjukvården*, Stockholm: Spri rapport 302, 1991.
- ²¹ *Management and financing of hospital services. Proceedings from a conference*, Yale: Yale School of Organization and Management, 1986.
- ²² Borgenhammar, E., *Sjukhusets ekonomiska ledning*, Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm, 1967 (Mimeogr).
- ²³ Borgenhammar, E., *Makten över sjukhuset. En undersökning av budgetpraxis inom svensk sjukvård*, Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, 1968.
- ²⁴ Borgenhammar, E., *Health care budgeting. Goals, structure, attitudes*, Stockholm: Ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm, 1979.
- ²⁵ Calltorp, J., *Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor. Några drag i de senaste decenniernas svenska hälsopolitik*, Uppsala: Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet, 1989.
- ²⁶ Anderson, O.W., *Health care: Can there be equity? The United States, Sweden and England*, New York: Wiley, 1972.
- ²⁷ Lindblom, C., "The science of muddling through", *Public Administration Review*, 1959;19, 79–88.
- ²⁸ Etzioni, A., *The active society. A theory of societal and political processes*, New York: Free Press, 1968.
- ²⁹ *Nasjonal helseplan*, Oslo: Sosialdepartementet, 1987.
- ³⁰ *Regionsjukvården*, Stockholm: Inrikesdepartementet, Statens offentliga utredningar, 1958:26.
- ³¹ *Regionsjukvården*, Stockholm: Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, 1978:70.
- ³² Malmborg, J., "Dom i regeringsrätten, Handikappade ska få förtur", *Dagens Nyheter*, 10 juli 1989.
- ³³ Bygren, L.O. *Met and unmet needs for medical and social services*, Stockholm: Karolinska institutet, 1974.

- ³⁴ Wretmark, G., *Etik i vården – teori, praktik, forskning*, Lund: Studentlitteratur, 1983.
- ³⁵ Lindgren, B. och Roos, P., *Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård*, Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Stockholm: Finansdepartementet, Ds Fi 1985:3.
- ³⁶ Thunberg, A.-M., "Medicinsk etik", *Social Debatt*, 1989; 27:2–3, 101–118.
- ³⁷ Tännsjö, T., *Vårdetik*, Stockholm: Rabén & Sjögren, 1990.
- ³⁸ Lindgren, E., "Rätt att döda en om tre kan bli lyckliga", *Dagens Nyheter*, 4 mars 1992.
- ³⁹ Antonovsky, A., *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur och Kultur, 1991.
- ⁴⁰ Russell, L.B., *Is prevention better than cure?*, Washington: Brookings, 1986.
- ⁴¹ Cohen, D.R. och Henderson, J.B., *Health, prevention and economics*, Oxford: Oxford University Press, 1988.
- ⁴² MRFIT Research Group, "Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results", *Journal of the American Medical Association*, 1982; 248, 1465–1477.
- ⁴³ *Politikerna och etiken i hälso- och sjukvården*, Stockholm: Landstingsförbundet, 1989.
- ⁴⁴ Björk, S., (red), "Euro Qol Conference proceedings", Lund: IHE arbetspapper, 1992:2.
- ⁴⁵ Jeffner, A., "Vår natur är oss en väldig borg", *Forskning och Framsteg*, 1991; 26:2, 4–8.
- ⁴⁶ Fredriksson, I., "I väntan på vård. En studie av subjektiva upplevelser i operationsköer", Stockholm: Karolinska institutet, uppsats i hälso- och sjukvårdsadministration vid MPH-utbildningen, 1991 (stencil).
- ⁴⁷ Tibblin, G., "Bättre sjukvård till lägre kostnad", *Läkartidningen*, 1991 (88):26–27, 2362–2363.

7. Etiska dilemman

"Ingen är fullkomlig" 110 • Människosyn och etik 120
• Ett nyandligt intresse 127 • Några exempel på
etiska problem 128 • Nyckelfrågorna 131
• Diskutera 132 • Litteratur 134

"Ingen är fullkomlig"

Sjukvård ska förlänga det goda livet och förbättra människors livskvalitet. Därför vänder sig allmänheten till vården i förtroende. Vad den hjälpsökande har för problem är inte alltid tydligt. Många sjukdomar ger sig till känna på samma sätt.

Tre slags fel

Risk finns för tre slags fel: tekniska, omdömesmässiga och kompetensmässiga.¹ Varken utbildning eller arbetsmiljö stimulerar till öppen diskussion om misstag eller om känslomässiga följder.

Tekniska fel innebär att något går snett, alla ambitioner till trots. Det kan hända var och en som isolerade episoder. I kommunikation, på vägen från sändare, via medium och språk till mottagare, händer saker som inte har förutsetts. Ett felaktigt provsvar. Ett missuppfattat ord. En kontroll som inte fungerar.

Omdömesfel inträffar när oriktiga behandlingsstrategier väljs. De två vanligaste torde vara att patienten utsätts för alltför heroiska åtgärder eller att personal avstår från att göra något trots att situationen kräver insatser. Måttliga omdömesfel får betraktas som "upplärningskostnader".

Kompetensmässiga fel har annan karaktär. De begås då personalen inte är medveten om de krav som rollen ställer, inte är tillräckligt engagerad eller hängiven sin uppgift. De kompetensmässiga felen kan betraktas som allvarligare än de båda andra.

"Bästa möjliga praktik"

Idealet är "total kvalitet". Det idealet kan ha varit ett av motiven för hierarkisk struktur och organisation i företagen. Följer härmed att verksamhetens kvalitet bara kan bedömas internt och hierarkiskt? – Det är en lika överförenklad slutsats som att kvaliteten bara skulle kunna bedömas externt. Synsätt utifrån behövs för att komplettera intern erfarenhet. Varje patients rätt att vara en del av beslutsprocessen måste respekteras. Insikt behövs om nödvändigheten att hushålla med begränsade resurser. De kostnader som verksamheten för med sig bör vara etiskt relevanta. En lika angelägen synpunkt gäller ansvaret

gentemot de svaga. Balansgången mellan skiftande krav bestämmer vårdens kvalitet.² Till dessa hör teknologiska, ekonomiska, etiska, organisatoriska och sociala förutsättningar och villkor.

Reflexion och handling

När något trots allt går snett i arbetet med en patient är en läkare sämre förberedd att hantera sitt misstag, sina känslor av skuld och sorg än vad folk i allmänhet är. Den uppfattningen framför den amerikanske läkaren David Hilfiker. I en artikel i *New England Journal of Medicine* skildrar han med ovanlig öppenhet egna erfarenheter.³

En julidag för några år sedan fick Hilfiker besök av hustrun i en vänfamilj för den första undersökningen av en hett efterlängtdad graviditet. Kvinnan var frisk och glad och föredde alla tecken på havandeskap. Men urintestet var negativt, både vid det första besöket och en vecka senare.

Var kvinnan inte gravid? Hade hon fått missfall? Ultraljudsundersökning var en möjlighet, men för den krävdes en resa på 110 miles till närmaste större stad, Duluth, och familjens inkomster var blygsamma. Så varför inte vänta?

Efter en månad kom kvinnan tillbaka. Ingen mens, inget som tydde på spontanabort. Det fortfarande negativa testresultatet gjorde henne förbryllad. Hon kände sig verkligen gravid, och läkaren fann att livmodern fortsatt att växa.

Läkaren drog slutsatsen att fostret dött men inte aborterats. Han förberedde kvinnan på ny undersökning och sannolik utrymning av livmodern ett par veckor senare. Hon blev besviken och ledsen.

Efter samtalet bestämdes ny tid om två veckor. Fortfarande ingen mens, inget som tydde på missfall och ett lika negativt graviditetstest. Tid bestämdes för utrymning senare i veckan. Då föreföll livmodern märkligt nog vara större än för två dagar sedan, men eftersom fyra graviditetsprov varit negativa kunde den väl inte ha vuxit?

Under operationen blir läkaren alltmer övertygad om att han genomför abort av ett levande foster. Dödar ett livligt önskat barn på väg.

Kvinnans make väntade utanför operationsrummet. Läkaren samtalade med honom under några minuter och berättade att hustrun mädde bra men att vissa problem uppstått.

Mellan andra patientbesök ringde doktorn samtal efter samtal för att rådgöra med kolleger. Patologen på det stora sjukhuset försäkrade att det statistiskt sett knappast är möjligt att fyra graviditetstester i rad kunnat vara falskt negativa. Men han bekräftade senare doktors värsta farhågor. Ett 13 veckor gammalt foster hade aborterats. Ingen förklaring kunde ges till de negativa graviditetstesten.

Samtalet med makarna senare i veckan hör till de svåraste läkaren varit med om. Makarna förstod hans motiv. "Men ingenting kan fördunkla kalla fakta: Jag har dödat deras livsfrukt."

Maken frågade om en ultraljudsundersökning skulle ha varit till hjälp. Läkaren svarade ja men kunde inte förklara varför han inte rekommenderat det.

Under dagar, veckor och månader efteråt växte läkarens känsla av skuld. Han diskuterade det inträffade med kolleger, patologer, obstetiker.

Vad gör man efter en sådan händelse? – Analyserar vad som skett så att misstaget inte upprepas. Men det räcker inte. Man måste komma till rätta med sina egna känslomässiga erfarenheter, skriver Hilfiker: "Även om jag var så ärlig som jag kunde i samtalet med makarna berättade jag inte om min egen ångest inför vad som hänt. Jag bad dem inte förlåta. Jag kände att de hade nog av sin egen sorg utan att också behöva bära min börda. Det var min skyldighet att bära den själv".

Alla gör misstag men följderna av läkarnas kan vara sådana att de svårligen går att hantera på hälsosamt sätt. De flesta, både läkare, annan personal och patienter, förväntar att läkaren inte ska göra fel.

Läkarens arbete består i att ständigt fatta beslut. En del blir felaktiga – till följd av tekniska brister, omdömesbrister eller bristande professionalitet. Hilfiker ger andra exempel från egen praktik. En pojke kom till akutmottagningen efter en av allt att döma mindre trafikolycka. Ett ben och en fot var skadade, i övrigt mädde han bra. Efter telefonkonsultation med en kirurg i Duluth och med utgångspunkt i sin bedömning av röntgenbilderna sade Hilfiker till föräldrarna att antingen kunde han dra foten rätt eller också kunde de resa till specialisten i Duluth. De beslöt sig för att resa.

Morgonen därpå ringer kirurgen och tackar för remissen. Det rörde sig om ett svårt benbrott med en vridning som fått foten att se stukad ut. Omedelbar operation hade visat sig nödvändig. "Jag kände mig svag i knäna när jag blev medveten om att den här unge mannen kunde ha åsamkats en skada för livet om inte hans mamma själv beslutat att han skulle åka till specialisten", skriver Hilfiker.

Den ständigt närvarande risken för fel har ödeläggande effekter på min emotionella hälsa, menar Hilfiker. Han är övertygad om att han inte är ensam. Alla misstag är inte så tydliga som när det gällde den gravida kvinnan. Det finns tillfällen när man aldrig får veta hur allvarliga ens missgrepp varit. En patient hade kanske överlevt om ett rutinbeslut hade varit annorlunda, ett beslut bland många andra den dagen.

Det visar sig ofta svårt, menar Hilfiker, att få ett öppet ställningstagande från kolleger när det gäller vad man gjort: "Döm inte, så skall ni inte bli dömda." Sist och slutligen får läkaren själv svälja bekymren, undertrycka skuldkänslan och gå över till nästa patient. Möjligheten att göra en allvarlig felbedömning finns där varje gång. Barnet som man nyss skickade hem med diagnosen "virusinfektion med lätt feber", kan det ha varit förstadiet till allvarlig hjärnhinneinflammation? Kan nioåringen med magkramper, efter att modern just fått en lektion om psykosomatiska åkommor, återvända i morgon med brusten blindtarm? Och hur hantera skuldkänslorna efteråt?

Plikt och konsekvens

Sjukvårdens livsbejakelseprincip, att främja hälsa och liv, har följsatser. Det gäller att minska lidande där så är möjligt. Att inte skada, säger pliktetiken. Att göra en rimlig avvägning mellan nytta och skada, säger konsekvensetiken. Individens integritet ska respekteras, rätten för varje vuxen som är besluts-mogen att vara den som ytterst bestämmer över sitt liv. Men här finns ett etiskt dilemma: patientens önskan att få sluta en behandling, rentav livet

medan personalen kan uppfatta pliktetiken så att det i varje ögonblick gäller att bevara liv, oavsett livskvaliteten.

För att *handla* gott är det nödvändigt, om än inte tillräckligt, att *veta* vad som är gott.⁴ Människor bör få stöd till etisk reflexion genom fostran, undervisning och exempel. Etiken måste bli föremål för samtal. I enrum är den döda principer. Etiken är så grundläggande för människors tillit till varandra att den bör finnas på skolschemat från första klass, ja, redan från daghemmet. Samtidigt måste en grundläggande normkälla vara föräldrarnas fostran.

Ju snabbare ändringar, desto färre normer som är gemensamma för skilda åldersgrupper.⁵ Ju större förändringar, desto större social sveda i samhället. Etiska dilemman uppstår när motstridande krav inte kan uppfyllas. Exempelvis när man väntas följa en norm i sitt arbetsliv som inte överensstämmer med ens rättskänsla, eller när två parter har olika uppfattning om viken rättighet som motsvaras av en väntad skyldighet.

Etiken bygger på bestämda meningar om människan: att hon strävar efter mål, har fri vilja, kan handla förnuftigt och ta ansvar.⁶ Etiken förutsätter identifikation och samhörighet med andra. Människan antas ha kraft att avstå från att tillfredsställa egoistiska behov just för att det är rätt att avstå. Samvetet, denna känsla eller intuition som bedömer våra handlingar som goda eller onda, är etikens grundval och människans värn mot ondskan.

Etikens nödvändighet har att göra med den tragik som finns inneboende i det mänskliga livet: tillkortakommandena, förgängligheten. Människan är inte en art som lever i full harmoni med sig själv eller omvärlden. Det finns i många fall heller ingen naturlig gräns för hälso- och sjukvårdens insatser. Ju mer som kan göras, desto viktigare blir de etiska avgörandena.⁷

Moralteorin skiljer mellan etiska och oetiska handlingar. De etiska främjar gott liv. De ökar "det mänskliga gladkapitalet". De oetiska har motsatt innebörd. Men det finns också en tredje kategori, nämligen etiskt indifferent handlingar. Till den kategorin hör de flesta av vardagens göranden.

Behovet att analysera moraliska normer för sjukvård uppmärksammades redan i medicinens barndom.⁸ Hippokrates är portalfigur för sjukvårdsetiken. Etik för hälsa och sjukdomsförebyggande innebär ett vidare, samhälleligt perspektiv.⁹

Aktuella frågor är hur gemensamma resurser ska fördelas, för vilka, av vilka, och hur stora de bör vara. Vidare: "Är det sjukdomar som vissa människor har som ska behandlas, eller gäller det i första hand människor som har vissa sjukdomar?" – "Får den enskilda människan betraktas som medel, eller är hon mål i sig?" – "Ges vård i alltför hög grad på de starkas villkor"¹⁰? "Inom vilken tidsperiod ska effekterna av en behandling beräknas?" Ur det korta perspektivet kan exempelvis förebyggande av ohälsa tyckas olönsam. Ur det långa perspektivet kan samband mellan orsak och verkan vara svåra att påvisa.

Den klassiska etiska konflikten är pliktetisk: gott gentemot ont. Dagens frågor är mer sammansatta. Lösningarna har starka inslag av konsekvensetik. Något blir en smula bättre på ett håll. Något annat blir samtidigt litet sämre. Fördelar för en grupp får vägas mot nackdelar för en annan. Gott ställs inte

mot ont utan mot annat gott i budgetar som ständigt är knappa i förhållande till kraven.

Moral och lag kompletterar varandra¹¹ och sammanfaller ibland. Det finns också situationer när de skiljer sig åt. En handling kan juridiskt vara godtagbar men etiskt oacceptabel. Exempel är försäljning av bröstmjölksersättning i utvecklingsländer, något som lett till många spädbarns död.¹² En handling kan vara olaglig men utifrån vissa kriterier bli betraktad som etiskt acceptabel. Ett kontroversiellt exempel är om och i så fall under vilka förutsättningar det är etiskt godtagbart att avstå från att sätta in livsuppehållande behandling. Är det etiskt godtagbart att hjälpa en levnadsmätt, svårt plågad och obotligt sjuk människa att slippa lida längre?¹³ I vilken grad bör verksam smärtlindring ges när den också väsentligt förkortar livet?¹⁴

Filosofiprofessorn Ingemar Hedenius menade att etiken alltid går före lagen. Man får inte göra vad som etiskt sett är ont, inte ens om lagen anser det vara rätt.¹⁵ Hedenius redogör för ett fall där en läkare, som avstått från att sätta in livsuppehållande behandling för en äldre vars medvetna liv slocknat, blev åtalad men senare helt frikänd. Att åtal över huvud taget väcktes berodde enligt Hedenius på dåvarande riksåklagarens dåliga omdöme.

Etiken kan inte ersättas av lagar. Den måste anses överordnad andra regelsamlingar. Juridiken utgår i grunden från etiska regler. Etiken bygger på rättsmedvetandet och människans goda vilja. Brott mot etikens lagar kan inte bekämpas genom straff som utdöms av domstolar. I stället får de beivras genom vädjan till samvetet. Även socialt genom tryck och fostran, utbildning och upplysning. Juridiken kan i en värld som vår heller inte ersättas av etiken. Denna är nödvändig om ock inte tillräcklig för komplicerade mänskliga relationer. Sambandet mellan etik och juridik illustreras i tabell 7:1.

Tabell 7:1 Juridik och etik

		Juridisk bedömning	
		Rätt	Fel
Etisk bedömning	Gott	A	B
	Ont	C	D

En handling som juridiskt är rätt och som etiskt är god, är invändningsfri (ruta A). En handling som etiskt är god men juridiskt fel, alltså ruta B, bör kunna utföras, om man har tillräckligt civilkurage. En handling som är juridiskt rätt men etiskt ond, alltså ruta C, bör inte utföras. En handling som juridiskt är fel och etiskt är ond (D) gäller det att avstå från.

Var och en förutsätts känna till de lagregler som gäller. Det ställer krav på den enskildes förmåga till överblick. Etikens krav är kanske lättare att få grepp om, men dilemman uppstår när etiska normer krockar. Den enes hälsa och välfärd kan innebära krav på att den andres intressen sätts i andra hand. En patient tycker sig ha en rättighet som vårdens ansvariga inte anser föreligga.

Både juridiken och etiken förutsätter att den som handlar har faktisk möjlighet till val mellan handlingsalternativ. Med frihet följer ansvar. Ansvar innebär skyldigheter mot en själv, mot andra människor, mot samhället och mot naturen. Principen om autonomi säger att individen ska ha rätt att bestämma. För patienten betyder det rätt till information om hälsotillståndet, medbestämmande vid val av behandling och rätt att avstå.

Det finns olika modeller för relationer patient – läkare.

1. Läkaren kan själv bestämma inom givna ramar. Patientens förtroende ersätter behovet av samtycke.
2. Läkaren kan bestämma efter att ha informerat patienten och fått samtycke.
3. Avgöranden kan fattas i samråd mellan läkare och patient och eventuellt andra aktörer.
4. Patienten kan bestämma själv med läkaren som rådgivare.

I de nordiska vårdssystemen gäller inte patientens självbestämmande tvärs över hela sjukvården. Den svenska hälso- och sjukvårdslagen säger att vården och behandlingen så långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten, alltså enligt det tredje alternativet. Ju mer differentierat vårdbehov desto större kan önskvärdheten vara av samråd med patienten. En katarakt-operation kan kräva ett minimum av samverkan. Uppläggningsen av en rehabilitering kan däremot kräva tät interaktion. I princip får en avvägning ske i prioriteringen mellan skilda behov. När rättighetslagar med obetingade krav tar över och resurserna är knappa ställs politiker och tjänstemän inför etiska dilemman.

Stadier i moralutvecklingen

Hur utvecklas etisk mognad? Den amerikanske forskaren Lawrence Kohlberg¹⁶ talar om tre utvecklingsnivåer, den förkonventionella, den konventionella och den efterkonventionella. På varje nivå finns två utvecklingsstadier. Se tabell 7:2.

Den *förkonventionella* utvecklingsnivån är aktuell för de flesta barn under nio år, en del tonåringar och vissa andra, bl a många kriminella. De moraliska värderingarna förknippas med externa krafter snarare än med personer och normer. Här finns *lydnads- och straffstadiet*, då handlingar motiveras av en önskan att undvika straff, och *det naivt egoistiska stadiet*, då handlingar motiveras av en önskan att få belöning. Om skuld känslor skulle uppstå så ignoreras de.

Den *konventionella* utvecklingsnivån syftar till att behålla ordningen, uppfylla andras förväntningar och verka i goda roller. På den nivån stannar de flesta av oss. Här finns dels "*snällt barn*"-stadiet, då handlingar motiveras av en strävan att göra andra någorlunda nöjda och uppfylla deras förväntningar.

Tabell 7:2 Morallutveckling

Allmän morallutveckling (Kohlberg)		Byråkratisk morallutveckling (Dunsire)	
Nivå	Stadier	Nivå	Stadier
Förkonventionella nivå	Lydnads- och straffstadiet	Disciplinnivån	Principstadiet (Göra skäl för lönen, vara nitisk)
	Naivt egoistiska stadiet		Korrektetsstadiet
Konventionella nivå	"Snällt barn"-stadiet	Pålitlighets- och rättvisenivån	Ärlighets- och rättrådighetsstadiet
	"Respekt för regler"-stadiet		Ekonomiseringsstadiet
Efterkonventionella nivå	"Ramlags"-stadiet	Professionell heder-nivån	Fyndighetsstadiet (verka kreativt)
	Samvetsstadiet		Statsmannastadiet (göra egna överväganden med intuition, känsla och omdöme)

Dels finns "respekt för regler"-stadiet, då man är angelägen om att göra sin plikt och inte tillfoga andra skada. Den ordning som gäller respekteras för dess egen skull.

Den *efterkonventionella* utvecklingsnivån kännetecknas av en vilja att främja andras välfärd och samhällets utveckling. Här finns dels det *legalistiska* stadiet eller "ramlagsstadiet", då handlingar motiveras av en önskan att skydda gemenskapens välfärd och allas rättigheter. I grunden ligger någon form av "rationella" nyttokalkyler som syftar till största möjliga goda för största möjliga antal personer. Dels finns *samvetsstadiet*, då handlingar motiveras av universella etiska principer. I vissa fall kan individen ställa sig över gällande regler och självständigt definiera etiska värden. Människorna är inte bara medel. De är mål i sig.

Släktskap förnims mellan Kohlbergs stadier för morallutveckling och de stadier för tjänstemäns morallutveckling från minst till mest fordrande som Andrew Dunsire¹⁷ har presenterat. Minst ambitioner finns på *disciplinnivån*: tjänstemannen ska finnas på sitt arbete och göra skäl för lönen. Att vara tillmötesgående och nitisk sätts högt. Det gäller att uppträda korrekt och undvika planlöshet.

Den andra och den tredje nivån hos Dunsire handlar om *pålitlighet* och *rätt-*

visa, och det finns skäl att föra samman de båda till en. Centrala begrepp är ärlighet och rättrådighet och att söka ekonomiskt godtagbara lösningar på problemen.

Högsta nivån handlar om *professionell heder*. Här gäller det att verka kreativt, fyndigt och fantasifullt, inte bara fullgöra överordnades önsknings. Det mest krävande stadiet kännetecknas av statsmannamässighet. Karakteristiskt är förmåga att göra egna överväganden med användning av intuition, känsla och omdöme. Inte vara låst av formella regler utan använda urskillning och vidsynhet.

Etiska principer

Professionella organisationer har vanligen etiska principer för sina medlemmar. Ett exempel, från 1957, är the American College of Health Care Administrators. Aktualiseringar har senare företagits.¹⁸ Huvudsakligen handlar sådana principer om vad Dunsire kallar disciplinnivån samt pålitlighets- och rättvisenivån:¹⁹

- Att bedriva sin verksamhet med lojalitet gentemot kolleger, över- och underordnade.
- Att inte använda sin ställning eller sitt inflytande för att gynna obehöriga intressen, egna eller andras.
- Att inte ta befattning med verksamhet av tivelaktig karaktär.
- Att inte använda illojala metoder i tävlan om anställning eller uppdrag och inte skada kollegers anseende genom oberättigad kritik, obefogade beskyllningar eller anspelningar.
- Att öppet tillkännage för chefer och andra berörda sina ekonomiska intressen i den mån de skulle kunna påverka ens opartiska omdöme.
- Att i sina relationer till läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper stödja synpunkter som är konstruktiva, välgrundade och i linje med god professionell praxis.
- Att fortlöpande utveckla sin fackkunskap och värdesätta råd och vägledning, särskilt inom områden man inte är förtrogen med.
- Att med respekt för andras livsåskådning och rättigheter hålla hemligt vad som meddelas angående enskilda förhållanden.
- Att vid motsättningar hantera situationen med hänsynsfullhet, vänlighet och respekt för individen, utan agg eller ovilja.
- Att stimulera, bistå och upplysa om administrativa principer och arbetsmetoder i syfte att väl förbereda framtida kolleger för deras arbete.
- Att ställa sitt vetenskapliga kunnande och sin yrkesutövning i samhällets och mänsklighetens tjänst.

För att förstå administrativ etik räcker inte att-satser. Om etiken ska få mening måste den baseras på djupare förståelse av vad som händer i en organisation. Det handlar inte bara om principer för ledning och problemlösning. Inte heller bara om teknik för samordning eller funktioner för arbets- och befogenhetsfördelning. Framför allt gäller det processer där kommunikation och omdöme utgör viktiga redskap.

Alltfler ramlagar ger tjänstemännen större spelrum än förr. Det kan skapa motivation och stimulera rationellare beslut. Kritiker menar dock att rättssäkerheten kan hotas.²⁰ Grunden för ett överklagande försvagas genom att det är svårt att i efterhand rättsligt pröva beslut som bygger på generella formuleringar i en ramlag.

Ett etiskt dilemma ligger i frågan vilken eller vilka som ska ha uppgiften att "korrigera chefen". Vilken ska visa på de etiska predikament som denne kan hamna i eller utsatt sig för? Vad händer när påpekande görs?

Behovet av administrativt-etiskt medvetande aktualiseras inte minst i klinikchefens arbete. Framstående forskare stupar i sitt chefskap inte på grund av brister i det fackmässiga och vetenskapliga kunnandet utan på grund av brister i administrativ etik.

Ett administrativt-etiskt dilemma kan ligga i frågan vilken man som tjänsteman agerar för och känner starkast lojalitet med. Med närmast överordnade i hierarkin, chefer eller politiker, oavsett om man sympatiserar eller ej med personerna eller deras beslut? Med angivna mål, så som man tolkar dem? Med en viss åsiktsriktning eller ett visst politiskt parti? Med någon form av högre värden, som rättsordningen eller "samhällets bästa"? Med professionella intressen, kolleger eller fackförbund? Med den vetenskapliga forskningen och dess behov? Med underställda inom den egna enheten? Med patienter och klienter? Eller med egenintressen?

Viktigt är att klargöra vad man står för, vad man som tjänsteman är beredd att ställa upp på. Alltför ofta tas sådana frågor inte upp i anställningsintervjun.

Människolivets värde

En etisk grundfråga gäller människolivets värde. Det finns, historiskt sett, skilda synsätt:

- Värdet har att göra med hur väl individen förmår tillfredsställa andras och egna behov eller också med känslorna för medmänniskan.
- Värdet har samband med en individs ekonomi och/eller med dennes fysiska och psykiska egenskaper.
- Värdet ligger i den respekt som varje individ 'naturligt' har rätt till, eller i att livet är heligt.

Var och en bör ha rätt till respekt för sin egen skull, som människa bland människor. Förenta nationernas deklaration om de mänskliga rättigheterna slår fast den grundläggande principen att alla människor bör ha rätt till ett människovärdigt liv. De mänskliga rättigheterna anger den miniminivå som ett samhälle bör garantera för att människovärdet ska kunna förverkligas i den enskilda människans tillvaro. Människovärdet är knutet till existensen, inte till funktioner eller egenskaper. Men alla former av liv bedöms inte som likvärdiga. Inom vårdområdet är de flesta beslut som fattas uttryck för bestämda värderingar av olika liv, av vissa former av mänskligt liv som bättre än andra.²¹ Varför skulle vi annars sträva efter att bota och förebygga sjukdomar? Alla är heller inte lika 'värdefulla' i alla livssituationer. Det behöver inte vara en kränkning av människovärdet att människor värderas olika i skilda livssammanhang.²²

Människan är den enda varelse som kan prioritera svaghet. I praktiken är människovärdet ett relationsbegrepp. Ytterst är innebörden beroende av hur vi handlar mot varandra. Hos var och en vi möter finns, som hos oss själva, en hunger: "Bekräfta mig!" I bekräftelsen skapar vi värde och värdighet.

En likhet i "värde" måste innesluta individens rätt att vara annorlunda, inom ramen för att inte skada andra. Förnekar vi rätten till olikhet förnekar vi ytterst oss själva.

Mänskliga relationer utvecklas i många fall till spänning mellan starka och svaga. Den spänningen får aktualitet inte minst i vården. Sjukvården väntas rädda oss från den för tidiga döden och sjukdomen. Hälsovården ska hjälpa oss att bevara hälsan. Förr eller senare dyker också frågan upp: Vid vilken gräns är det rimligt att avstå från att gripa in?

Hot mot människovärdet

I samhället möter vi värderingar som går tvärt emot principen om respekt för individen. Skälen kan vara kommersiella och egoistiska, politiska och religiöst fundamentalistiska. Kommersialismen med dess vilja till ackumulation ger en grund för samhällsekonomisk expansion och välfärd. Men avarterna får hälsoeffekter. Videoväldet exemplifierar en värld där egen behovstillfredsställelse blir det centrala, oavsett konsekvenserna för människovärdet.

Nationalekonomins fader Adam Smith betonade i *Nationernas välstånd* 1776 att egenintresset lika ofta hindrar som underlättar skapandet av välstånd i ett samhälle. Marknadsekonomi är i behov av en institutionell ram och av lagstiftning som garanterar konkurrens och konsumentinflytande.²³

Den egoistiska, kortsiktiga överkonsumtionens yttersta konsekvens är livsmissbruket. Drogen blir slutpunkt för många: "Vägen till helvetet börjar i himlen".²⁴

En pliktetisk grundtanke som vi möter i religionen är att en avsikt vilar i tillvaron. Inget är till som inte bär denna avsikt. Det är mot den bakgrunden som buden för samlevnad får förstås: att inte dräpa, inte stjäla, inte vittna falskt, inte bryta en relation, visa aktning för föräldrar. I dessa ligger också en konsekvensetisk erfarenhet. Var och en har på sikt nytta av att slippa "allas krig mot alla".

Principen att "älska sin nästa som sig själv" aktualiserar frågan vad människan förmår, vad hon orkar ta till sig av etiska val. Att leva i budens anda innebär att acceptera varandra även när vi inte lever upp till förväntningarna.

De etiska grundsatserna är inga självklarheter, inte i sin tillämpning. Människovärdet är ständigt hotat. Om vi inte oupphörligt påminner oss om dem kan vi bli en fara för oss själva och andra. Exemplet är talrika, alltifrån nazisternas behandling av "icke önskvärda" och "underlägsna" människor till våldet på våra gator och torg. Utvecklingen kan vara glidande, nästan omärklig.

I boken "The nazi doctors"²⁵ sägs att Hitlers chefläkare till en början motsatte sig metodbytet i dödandet av judar, zigenare, homosexuella och psykiskt sjuka. Från att tidigare ha använt överdos av sömnmedel över-

gick man till koloxid i gaskammare. Koloxid har aldrig haft någon "terapeutisk" effekt, till skillnad mot sömnmedlen, menade chefläkaren. Men han lät sig övertygas av Hitlers argument att koloxid skulle vara en humanare metod.

Människosyn och etik

Vilka etiska problem som är mest brännande har delvis att göra med det perspektiv som väljs: sjukdomsperspektivet eller hälsoperspektivet. Fyra modeller har tagits upp i kapitel 5, "Perspektiv på hälsa": den bio-mekaniska, den psyko-dynamiska, den hälsopedagogiska och livsmiljömodellen. De två första hänför sig till sjukdomsperspektivet, de två senare till hälsoperspektivet.

Sjukdomsperspektiv

Etiska dilemman ur sjukdomsperspektiv tas här upp under rubrikerna "den bio-mekaniska modellen" och "den psyko-dynamiska modellen".

Den bio-mekaniska modellen. Forskningen om människans genetiska kod, arvsmassan eller genomet med dess 50 000–100 000 gener, aktualiseras i den bio-mekaniska modellen. Den forskningen väntas resultera i ett 'personnummer', kanske tre miljarder enheter långt, som anger positionerna för de individuella anlagen. Så stort tror man att antalet nukleotider i genomet är. En del av dessa är särskilt kontroversiella, exempelvis de som gäller predisponering för intelligens, schizofreni och alkoholism.

En fråga av betydelse för allmänhetens tillit till forskarsamhället är hur kunskapen ska användas. Finns frukter på kunskapens träd som inte är önskvärda? Kan påtryckningar befaras av åtgärder till följd av genforskningens resultat eftersom vissa människor är konstitutionellt svaga och anses benägna till onda handlingar?

Å ena sidan finns uppfattningen att gemenskapen klarar att kapsla in ett begränsat antal normbrytare, på samma sätt som kroppen kan utstå enstaka infektioner, men inte hur många som helst. Bör människor med förmodat dåliga anlag rensas ut redan på fosterstadiet? Å andra sidan ställs frågan vad normbrytarna betyder ur det vidare perspektivet, vad gemenskapen tillförs.

Forskning och försök får inte bedrivas så att människovärdet försvagas. Den principen var gen-etikkommitténs utgångspunkt i betänkandet "Genetisk integritet".²⁶ Men den etiska reflexionen har svårt att hålla jämna steg med den framstormande utvecklingen inom livsvetenskaperna. Kunskaperna när det gäller att utforska, förändra, byta ut, blanda och förbättra arvsanlagen har ökat hastigt. Åtskilligt av det som ansågs omöjligt för några årtionden sedan har nu utförts i praktiken, demonstrerats i laboratorier eller framstår som en inte särskilt avlägsen möjlighet.

Hybrid-DNA-tekniken hör till de mest expansiva områdena i den vetenskapliga världen. Gentekniken innebär öppningar mot manipulation inte bara av mikroorganismer, växter och djur utan också av människor. Fosterdiagnostik – analys av celler från moderkakan – kan avslöja alltfler av de ca 5 000 sjukdomar som anses ha samband med defekter i en särskild gen.²⁷ Den

hägerande och samtidigt hotande möjligheten är att kartlägga en blivande människas läggning och livsmöjligheter: "Här är en datalista för fostret med sannolikheter för sjukdomar och egenskaper. Blir det ett tillräckligt bra barn? Eller ska vi abortera och se vilka anlag nästa foster får?"

Andra frågor med etisk innebörd är också aktuella mot bakgrund av den bio-mekaniska modellen. I vilken mån är det rimligt att material från aborterade foster får användas vid framställning av läkemedel? Är det motiverat att ha en gräns på – när detta skrivs – 14 dygn för försök med befruktade embryon och 18 veckor för abort av foster? I vilken mån ska det vara sjukvårdens rättighet att ta vara på organ från avlidna?

En av diskussionsfrågorna gäller den levnadsmätte individens rätt till sin död. En tendens har funnits att den bio-medicinska teknikens möjligheter nyttjas "in absurdum". Det teknologiska imperativet har många gånger fått styra. Det innebär att om medicinsk teknik väl finns tillgänglig, så bör den också tillämpas närhelst möjligt.

Sjukvård är en form av manipulation. När människor får hjälp med sina hälsoproblem fortplantas också sjukdomsanlag. Det gör att sjukdomar kan öka i frekvens i takt med att de botas. Diabetes tenderar att öka i befolkningen när fler diabetiker får barn. Men ingen kan anse det rimligt att avstå från behandling av det skälet.

Många tidiga spontanaborter orsakas av genetiska rubbningar. Det anses gälla en av tio graviditeter.²⁸ Frågan är i vilken mån det är möjligt och i så fall rimligt att rädda fostren.

Det är inte sjukt att dö,²⁹ men hur ska samhället ställa sig till krav om medhjälp i en eller annan form? Ska uppgiften att ge människan dödsqualitet, en värdig död utan onödigt lidande, anses vara lika viktig som uppgiften att bidra till livskvalitet?³⁰ – I Holland sägs en viss del av dödsfallen ha samband med frivilliga beslut, där patientens läkare också spelar en roll.³¹

När nu människan får hjälp att födas till den här världen så riskfritt som möjligt, bör hon då också få den hjälp hon önskar att lämna den med värdighet när tiden är inne?³² Måste döden obetingat betraktas som ond?³³ Åtskilliga ber att få slippa ligga så som många åldringar gör i dag, förvägrade rätten att dö naturligt när deras liv är slut. Den utdragna dödsprocessen, det långa avskedet står för många som en skrämmande faktor i högre grad än döden i sig själv.^{34,35}

Döden är ytterst genetiskt programmerad. Vad hälso- och sjukvården i bästa fall åstadkommer är att skjuta på för tidig död. Åldern ger en antydning om vad som är för tidigt. Det finns en spridning i den naturliga livslängden vars exakta karaktär är okänd. Vi kan beklaga eller prisa det faktum att de mänskliga cellerna bara kan dela sig ett för varje individ bestämt antal gånger. Någon metod att ändra förhållandet står inte till buds.

Finns det också en artmässigt bestämd programmering? Det vet vi inte, bara att de flesta av de arter som förekommit på jorden vid det här laget är utdöda.

Det har antagits att det inte finns opinion för aktiv dödshjälp i Norden. Internationellt anses dock att allmänhetens godtagande ökar. Detta är ett känsloladdat område. "Föraktet för svaghet" är djupt rotat.³⁶ Djup är också rädslan för otillbörlig manipulation.

Kring den bio-mekaniska modellen har en omfattande industri byggts upp. Den producerar vårdinstitutioner, apparater och instrument, preparat och mediciner. Den skapar sysselsättning, ekonomiska vinster – och livskvalitet. De etiska aspekterna aktualiseras bl a i samband med de ökande tekniska möjligheterna till transplantationer inte bara av organ utan också av celler.^{37,38}

Naturvetenskapen har stark ställning i vårt samhälle. Den påverkar människors sätt att uppfatta verkligheten. Men kritiker saknas inte: "Med medicinindustrin är det ungefär som med det militärindustriella komplexet, alla inblandade är avhängiga av varandra och profiterar på att sjukdomsmodellen bibehålls och expanderar... Ingen politiker ifrågasätter idag ostraffad det 'medicinindustriella komplexet'".^{39, s 23}

Pliktetiken utgår från att människan är okränkbar, död som levande. Det betyder exempelvis att inget organ får tas utan hennes tillåtelse. Konsekvensetiken med dess nyttomaximering har en annan syn. Vissa företrädare menar att alla hjärndöda medborgare ska betraktas som frivilliga donatorer av organ om de inte uttryckligen reserverat sig däremot.³⁷ Kritiker menar att det knappast är mer tilltalande att organen exproprieras av samhället än att de köps av kapitalstarka privatpersoner.

Utveckling förutsätter samverkan mellan "hårda" och "mjuka" kunskaper, mellan naturvetenskap och samhällsvetenskap. Den bio-mekaniska modellen räcker inte. Den behöver kompletteras med humanistiskt och samhällsvetenskapligt orienterade synsätt.

Den psyko-dynamiska modellen. Varför hamnar många utanför den psykiska hälsans marginaler? Psykiatern Johan Cullberg⁴⁰ pekar på fyra faktorer. 1) En barndomssituation som inte givit rimlig trygghet och tillit. 2) Sönderslitande upplevelser under de mest formbara åren. 3) Störning i centrala nervsystemets funktioner. 4) Samhälleliga omständigheter som verkat nedbrytande på människans förmåga till gemenskap och växt. Sällan finns entydiga svar. Skilda faktorer samverkar. Sjukdomens yttringar kan vara de förbjudna känslornas språk.

Frågan har också ställts om samhället är organiserat på ett så intolerant och hämmande sätt att spontana protester mot ordningen måste ta sig uttryck i psykosomatiska symtom.⁴¹ Ges så litet utrymme för den som inte kan eller vill vara med i prestationsloppet att endast sjukdom eller sjukskrivning kan möjliggöra ett avsteg?

Ivan Illich⁴² påpekar att sjukdomsperspektivet kan dölja politiska förhållanden som gör samhället osunt. Det kan blunda för individens rätt att handla på eget ansvar. Det kan tjäna till att övertyga människor om deras förmenta sjukdom och kraftlöshet. Sjukdomsetiketten godkänner möjligheten att på administrativ väg avskilja sårbara, skadade och nerslitna

från övrig arbetskraft. Detta perspektiv har levererat ett användbart instrument för en i grunden politisk uppgift.

Sjukdomsdiagnoser tilldelar människor egenskaper och har varierande säkerhet och skiftande kvalitet. Ett diagnostiskt utlåtande gör symtom och beteende mera förklarliga. Det kan emellertid också betyda att härskande maktförhållanden bekräftas, och det kan dessutom vara "inte så litet mystifierande".^{40, s 24}

Att diagnostik inte är otadlig illustreras tydligast av den en gång kommunistiskt styrda sovjetryska psykiatrin. Den har använts för att spärra in olikstänkande. Motstånd mot det politiska systemet har definierats som psykisk sjukdom. Den som opponerade begrep inte sitt eget bästa och ansågs behäftad med bristande realitetsuppfattning.

I en "diagnostisk och terapeutisk kultur" är det frestande att ta ifrån patienten ansvaret för handlandet och låta terapeuten bestämma. För behandlaren kan det betyda fördelar att vara experten som kontrollerar situationen, men etiska dimensioner i den processen kommer man inte ifrån.⁴³

Här är några andra problem som aktualiseras i den psyko-dynamiska modellen. Hur ge vård åt den stora grupp av narkotikamissbrukare som är psykiskt sjuk och riskerar att glömmas bort?⁴⁴ Fyra av tio narkotikamissbrukare i Stockholm bedöms vara allvarligt psykiskt störda. För psykiatrin är de främmande fåglar, och socialtjänsten klarar dem inte. De faller mellan stolarna.

Under vilka förutsättningar och till vilka personer är det rimligt att ge neuroleptika? Till gamla människor när de är förvirrade eller besvärliga? Till den som är trött på livet? Till personer i tillfällig förvirring? Kan psykoterapi vara ett bättre alternativ? Kan psykodynamiska synsätt tillföra något väsentligt? Det är troligt, även om därvid förutsätts nära nog oändligt tålamod.⁴⁵

Användningen av neuroleptika är relativt generös i svensk sjukvård. Kritikerna är många. Docent Lars Mårtensson skriver: "Patienterna blir lugna och passiva. I psykiatrin kallas det 'förbättring'. Men i själva verket är patienternas apati ett tecken på att högre hjärnfunktioner slagits ut. När det inre livet förstörs med neuroleptika urartar människans personliga utveckling. Livet som helhet ödeläggs"... patienten blir "offer för oetisk tvångsmedicinering, tvångslobotomi".⁴⁶ Andra menar att "psykosens kaos är alternativet", därför måste medlen användas.⁴⁷

Hälsoperspektiv

Etiska dilemman ur hälsoperspektiv tas här upp under rubrikerna "den hälso-pedagogiska modellen" och "livsmiljömodellen".

Den hälsopedagogiska modellen. "De flesta gör ingenting. De blir klienter. De lär sig ta tabletter och undviker det som är besvärligt. Några lär sig vänta." Så beskriver författaren Gunnar Lundin "klienterna".⁴⁸

Perspektivet i den hälsopedagogiska modellen är ett annat. Det centrala är aktivitet. Syftet är förändring, målet överskott av livsenergi och livsglädje. Den hälsopedagogiska modellen hänför sig till processer för inläring. Dessa

kan förstärkas. Personliga erfarenheter kan bearbetas till att i bästa fall bli något positivt.

Information är viktig inte bara för förståelse utan framför allt för att omsättas i handling. Erfarenheter från hälsokampanjer visar att folk *vet* eller *lär* sig vad som är sund livsföring men bara en liten grupp *tillämpar* det.

I en studie visste 90 procent av befolkningen att fysisk träning är viktig för hälsan, men bara 15 procent praktiserade sitt vetande. De som förut utövat fysisk aktivitet tränade ännu mer till följd av en informationskampanj. De som inte varit fysiskt aktiva påverkades däremot inte.⁴⁹

Många människor har sin bakgrund i miljöer där vanor och värderingar bidrar till hälsa. För andra är förhållandet motsatt. Vi ärver inte bara en genetisk uppsättning. Vi får också med oss ett socialt arv.⁵⁰ Så blir exempelvis barn till rökare relativt ofta beroende av tobak.

En undersökning gjordes i Nord-Trøndelag i Norge beträffande ohälsofaktorer hos 197 patienter vid två medicinkliniker. Resultatet återfinns i tabell 7:3. Det ger en antydning om möjligheten att använda en sjukhusvistelse för positiv hälsopåverkan.⁵¹

Tabell 7:3 Förebyggbara ohälsofaktorer

Ohälsofaktor	Procent	Betydelse för den aktuella sjukdomen, %		
		Säker	Trolig	Ingen
Rökning	50,8	15,2	11,2	24,2
Inaktivitet	36,0	7,6	11,7	16,8
Övervikt	29,4	7,1	9,1	13,2
Allvarlig stress	22,3	4,1	9,6	8,6
Psykiska problem	20,8	7,1	6,1	7,6
Alkohol	15,2	5,6	3,6	6,1
Familjeproblem	11,7	4,6	4,6	2,5
Ensamhet	5,1	1,0	1,5	2,5

Källa: Se not 51.

Den hälsopedagogiska modellen bygger, mer eller mindre, på en tro att snart sagt vem som helst kan fostras i vilken riktning som helst inom ramen för genetiska förutsättningar. Detta kan förefalla naivt, rentav romantiserande. Ändå finns en kärna att ta fasta på.

En praktisk och etisk fråga gäller hur det program ser ut som stimulerar till det önskvärda handlandet. Hur ska innehållet i programmet bestämmas och praktiseras? I demokratisk ordning? Via experter? Hur mycket auktoritärt tryck är godtagbart? Ska man piska med pekpinnar för att nära nog tvinga människor till deras egen lycka? Hur mycket ska lämnas till den enskilde? När är det etiskt försvarbart att tala om för en frisk person att det är dags att ändra levnadsvanor för att minska risken för framtida ohälsa? Finns risken att friska görs sjuka genom att de bibringas sjukdomsmedvetande?

Varför starta kampanjer som syftar till att få folk att avstå från vad de uppfattar som några av livets enkla nöjen, sådana som ändå inte skadar någon annan? Förändringar som bara syftar till att öka den förväntade livslängden med några år? Frågan har ställts i den engelska medicinska tidskriften *Lancet*.⁵² I debatten har påpekats att hälsoupplysare ska informera, inte tala om för folk vad de ska göra.⁵³

De kollektiva hälsopedagogiska insatserna är etiskt motiverade i den mån de är effektiva. Därför bör exempelvis synkontroller av bilförare fortlöpande göras så att trafikolyckor inte av det skälet ska behöva inträffa. Avsikten, att reducera mänskligt lidande, får inte underskattas. Den har, om än ur vidare perspektiv, samma syfte som de medicinska insatserna.

Kan hälsopedagogiken gå snett om den inte förenas med en portion humor och självkritik? Man kan kanske dö också av utträkning? Även om all cancer skulle kunna utrotas betyder det bara ett par års genomsnittlig förlängning av livet. Men de åren kan betyda åtskilligt för den enskilde. Lika mycket om de har sin grund i förebyggande som i medicinsk terapi.

Hälsofrämjande levnadsvanor, sådana som ökar sannolikheten för friskt fysiskt liv, handlar i många fall om enkla fakta: att inte röka, inget eller måttligt bruk av alkohol, äta balanserat och regelbundet, inte vara överviktig samt motionera och att sova 6–8 timmar per dygn. Män i 45-årsåldern som har sådana vanor kan enligt en studie i Kalifornien i genomsnitt räkna med cirka 11 års längre liv.⁵⁴

Insikten växer bland hälsopedagoger att folk svårligen kan släppa en vana som rökning, alkohol eller narkotika om den inte ersätts med något annat, något starkt positivt värdeladdat, något av nära nog "andlig" kvalitet.

"Skyddsnetens" betydelse lyfts fram i hälsoforskningen. Till dessa kan, enligt en amerikansk studie, höra äktenskap eller stabil tvåpersonsrelation, kontakt med nära vänner och släktingar, verksamhet i något trossamfund och engagemang i övrigt i konstruktiva grupper.⁵⁵

Vid den hälsopedagogiska modellen påpekas att motståndskraft i flera fall inte är ett karaktärsdrag utan en process. Viktiga faktorer är självkännedom, mål, attityd och känsla.

I diskussionen finns de som menar att snart sagt all sjukdom egentligen är onödig⁵⁶ eller att "jag kommer att bli frisk när jag inte längre ser någon vinst i sjukdomen" eftersom "den är ett försök att finna styrka i svagheten".^{57, s 58-9} Det är åsikter som kan förefalla – och vara – hjärtlösa för många som drabbats av sjukdom. Det är orimligt att påbörja den som är offer för omständigheterna en känsla av skuld. Men det är ingen hemlighet att det finns ohälsa som ger ekonomiska fördelar.⁵⁸

Hur djupt ska läkaren engagera sig i sjukdomsförebyggande arbete för sina patienter? Den frågan kommenteras av Schroll⁹ mot bakgrund av det danska husläkarsystemet. Hon säger:

Det finns läkare som startat uppsökande verksamhet bland tidigare patienter. Det hör dock ännu inte till gängse läkaretik att söka upp dem som inte själva gör återbesök för att orientera sig om deras hälsa.⁹

Primärt förebyggande – hälsoråd – och sekundärt förebyggande – att konfronteras med eventuella sjukliga värden – syftar till förändring.⁵⁹ Både i *högrisk-strategin*, riktad mot riskgrupper, och i *mass-strategin*, riktad mot hela befolkningen, har hälsopedagogiken en viktig uppgift.

Begreppet "peak experiences" är intressant i hälsopedagogiska sammanhang.⁶⁰ Till positiva toppupplevelser kan höra engagerande rytmisk dans, publik tävlingssport, varm sexuell gemenskap, extatiska religiösa upplevelser och gripande musik- och teaterupplevelser. Ska hälsoupplýsningen ha framgång måste upplevelsen lyfta. "Människan har rätt att njuta av livet."

Finns risk för hälsofixering?⁶¹ Kanske hör rädslan för alla de former som döden, "det enda säkra", kan ta sig, till det mest skadliga? Det är i varje fall inte hälsosamt att oroa sig över hövan. Samtidigt är det orimligt att blunda för viktiga samband.

Vari ligger den moraliska rätten att påverka andra? När den frågan ställs kan det ske av två skäl: dels som ursäkt för att inte engagera sig, inte fostra, dels för att penetrera hur långt man får gå i sitt engagemang, sin fostran. Snart sagt varje mänsklig kontakt innebär påverkan. De nedrivande krafterna är många. De är ekonomiskt starka. De förfogar över medier. De lockar: man kan fresta till "synd" men inte till dygd. Ändå: ansvar och medvetenhet är dygder som samhället bygger på. Därför är det viktigt att de som vill främja hälsa och liv aktivt utövar inflytande och tar initiativ.

Man kan protestera mot välmentat hälsoråd, men man kan inte i längden framgångsrikt protestera mot kroppens egen biologiska reaktion.

Livsmiljömodellen. Livsmiljömodellen ser människan som underkastad omvärldens fortgående inverkan. Det finns kemiska substanser som försvagar henne, kommersiella intressen som söker göra henne mottaglig, religiösa budskap som pekar på förespeglade eller verkliga ideal, politiska företrädare som lockar med löften osv. Den som önskar handla ansvarsfullt behöver en bild av aktörer och intressen på samhällets spelplan. För att allmänheten ska känna tillit gentemot det politiska systemet måste politikerna fatta beslut, också obekväma, som innebär värn om livsmiljön.

Aktörers vinstambitioner kan behöva hållas under kontroll av gemenskapen och tyglas med politiska medel när de blir äventyrligt kortsynta. Ett ofrånkomligt etiskt dilemma ligger i målkonflikterna. Vi önskar ren miljö – och full sysselsättning. Vi vill ha tillgång till de moderna bekvämligheterna – men inte riskera att kvävas av avfallsprodukter. Vi vill förflytta oss fritt och bekvämt – men också undvika risken för klimatförändringar till följd av utsläppen av "växthusgaser". Vi vill färdas i motorfordon – men inte godta att tusentals människor skadas och dör på vägarna, denna samhällets arena för oavbrutet blodspill. Vad är vi beredda att avstå från i dag för att de långsiktiga chanserna till liv och hälsa ska öka för den skadade skapelsen?

"Drive carefully! It is your heart they are after", säger en amerikansk bil-dekal. När nu den snabba motortrafiken är en sådan orsak till död, skador och miljöförstöring, är det då etiskt försvarbart att inte sänka fartgränserna? Kväveoxidutsläppen skulle minska med en fjärdedel vid en sänkning med 10 procent.⁶² En ökning av medelhastigheten i trafiken med 10 km per timme (intervallet 90–100 km) beräknas leda till 50 procent fler döda i trafiken.^{63,64,65} Och om trafikanterna höll dagens fartgränser skulle utsläppen minska med 10–20 procent⁶⁶. Fartgränserna uppfattas som om de gällde andra, inte en själv.

Tekniskt går det att åstadkomma bilar där farten minskas om man kör för fort. Bättre trafikövervakning kan beslutas och genomföras. Det här är en angelägen hälsopolitisk livsmiljöfråga.

Lagstiftningen om bilbälten och skyddshjälmarna och barnavårdscentralernas utlåning av barnsäten har bidragit till att undanröja lidande och för tidig död. Systematiska analyser bör göras av faktorer som har samband med olyckor: farliga trafik korsningar etc. Sjukhusen och läkarmottagningarna bör mer än hittills ta detta som en av sina uppgifter, sitt ansvar. Falska och överdrivna sekretessambitioner får inte hindra att väsentligt underlag för bättre livsmiljö tas fram.

Vi människor handlar inte utifrån den samlade kunskap eller de samlade förutsättningar som föreligger. Vi tenderar i stället att handla med utgångspunkt i en starkt förenklad bild av människan och verkligheten. När det gäller värnandet om livsmiljön i stort blir vår begränsade rationalitet ett betydande problem.

Ett nyandligt intresse

Det förhållandet att många inte mår bra i dag, och att sjukvården har bristfällig hjälp för tillitsohälsan, innebär en invit till andra lösningar. En sådan ligger inom religionens område. Det går en våg av nyreligiositet, av privattro och nyandlighet över stora delar av världen i början av 1990-talet, om än med varierande förtecken. I Japan har den starkt gruppterapeutiskt orienterade buddistiska renlevnadsrörelsen Soka Gakkai haft framgångar. Även politiskt har den fått inflytande. I många länder flockas unga och äldre till meditationer. Budskapet är att du har eget ansvar – även för hur du upplever det som du möter. Du kan göra något åt din egen situation och åt andras.

Den subjektiva komponenten är viktig i hälsan. Många upptäcker att deras problem minskar eller rentav försvinner när de börjar ta ansvar för sina upplevelser och godtar konsekvenserna. Deras liv börjar plötsligt att fungera. Bitterheten och grämsen är inte längre där.

Vår fixering vid den materiella världen har fått oss att betrakta våra subjektiva upplevelsers värld som överklig och mindervärdig. Ändå är de subjektiva upplevelsens verklighet – vår tro, våra föreställningar – den värld som är mest verklig för oss. Eftersom denna är den värld i vilken vi lever är vi själva en källa till våra upplevelser. I vår undermedvetna värld görs ingen skillnad mellan verklighet och illusion.

Svagheten i de nyandliga strävandena ligger i ensidig betoning av det individuella. Människan inser i bästa fall de egna upplevelsernas vikt, observerar sina problem och gör något åt dem. Samhällets värderingar kan bli riktiga bara om individernas är det. Men om det stannar vid det personliga ändras inte de sociala strukturerna, de som frambringar många risker i livsmiljön. Människan är inte bara målmedveten och skapande, hon är också gemenskapsvarelse. Först i mötet människa mot människa ser vi oss själva. Vi är medarbetare i en fortgående tillblivelse, en värld som byggs i gemenskapen. Som politiskt medvetna medborgare kan och bör vi använda de demokratiska strukturerna för bättre livsmiljö. När vi är med och skapar når vi på allvar ut.

Några exempel på etiska problem

I det följande tas ett par exempel upp där etiska frågor är aktuella. Det första gäller äldreomsorgen, det andra AIDS-problematiken.

Äldreomsorg

Hälsosamma relationer förutsätter att generationerna i samhället umgås i ömsesidig respekt, att de vårdar sig om varandra. Werner Aspenström skildrar den unges omsorg om den äldre i *Tidigt en morgon – sent på jorden*:

”Häromdagen såg jag en ung vårdare
ta sig an en gammal kvinnas hemlängtan.
Arm i arm travade de genom korridoren,
förbi de hjälplösa oljefärgstavlorna,
tills väggar och tak besegrats.
Inte skedde det genom psalmsång
och boklörd terapi.
Jag begriper inte hur de bär sig åt
de självklara.”

Det finns de som förutser en växande klyfta mellan yngre och äldre i samband med den växande pensionärsvägen. Oron finns att klyftan kan vidgas till ett generationsgap. Så här heter det i Lars-Olof Bengtssons *Exelcior*, en bok som hyllats av kulturrecensenter:

”’Äldre kvinnor’, som veklingarna kallar dem,
visas för mycket hänsyn i dagens Sverige.
Man borde ju i stället
lära dem veta hut
genom att rycka deras handväskor
mosa deras glasögon
örfila deras fula trynen
stampa ihjäl deras äckliga hundar
stegla deras präster...”

Utan fostran till respekt för människovärdet finns risk för en utveckling som går tvärt emot den etik som varit en naturlig utgångspunkt för samhällsbygget. En sådan utveckling kan komma snabbt även i en kulturstat. Utan genomtänkta värderingar kan också vården bli en form av maktutövning. I underläge, beroende, som patient, är man särskilt känslig.

"De gamla tvingas dö genom många år, och ingen orkar hålla vakt", observerar Olof Lagercrantz. I den samhällssatiriska boken *Den moderna döden* har Carl-Henning Wijkmark⁶⁷ skisserat ett hotande framtidsscenario där människovärdet blivit förhandlingsbart. Eftersom vi föds lika gamla bör vi kanske i jämlikhetens namn åtnjuta dödskomfort vid samma ålder? Och få lagfäst rätt till trygghet inför det utdragna åldrandets vedermödor? Kräver solidaritet och rättvisa att ingen undandrar sig den sista samhällsplikten: att ställa sin kropp till förfogande i terminalstationernas återvinningsenheter? Genom de grova exemplen vill Wijkmark peka på möjliga hot.

Redan Hegel observerade att utvecklingen vanligen inte är en logisk process där argument vägs mot motargument. I stället något som i många fall sker genom pendelsvängningar. Man går först alltför långt i en riktning. Därefter initieras en motrörelse. Den tenderar i sin tur att utvecklas till motsatt överdrift.

Sverige har valt att gå långt när det gäller generell inkomstöverföring till de äldre, dels genom pensioner som vi alla anser viktiga, dels genom ett vårdsystem som naturligt nog fokuseras på de mycket gamla. Även detta sätter vi högt.

I en artikel i "The Economist" undrar Norman Macrae⁶⁸ om inte de av oss som är födda före 1965 kommer att betraktas som en oönskad och alltför kostsam generation på gamla dar. Den mindre faran, säger Macrae, är att en värderingsförändring kan komma som gäller "dödskontroll" när vi närmar oss seniormedborgarvägen kring år 2010. Han tror sig kunna förutse en förändring i attityderna lik den som vår generation själv var med om att skapa i fråga om födelsekontroll och aborter.

Ett stort genombrott när det gäller cancer eller hjärtsjukdomar kan göra sjukhus- och sjukhemsträngseln till en mer påträngande realitet än den är i dag. Macrae håller inte för otroligt att den yngre generationen i ett slag kan komma att favorisera fördomsfria uppfattningar när det gäller "omhuldande döds-hjälp".

Om vi önskar en balanserad utveckling är det önskvärt att vi lär oss behärska överdrivandets vällust. Kan det i längden vara etiskt försvarbart att lägga en så stor del av omvårdnaden om människor på av samhället betald personal medan den enskilde allt mer ägnar sig åt att vårda ting? Det är viktigt att inte bereda mark för en antites som är hotande, skrämmande och i konflikt med de etiska värden som vi i dag med vår judiskt-kristet humanistiska tradition hyllar.

Immunbristsjukdomen AIDS

Immunbristsjukdomen AIDS aktualiserar många etiska spørsmål. Den *individualistiska* frågan handlar om under vilka omständigheter testning ska få utföras. Huvudprincipen är att HIV-testning bara får ske efter medgivande från

patienten. Hur är då förhållandet när det gäller hälso- och sjukvårdens personal?

Den danska arbetsgivareföreningen redogör i skriften "AIDS på arbejdspladsen" för "HIV-smittedes rettigheder og forpligtelser".⁶⁹ Här påpekas att arbetsgivaren "frit kan vælge, hvem han vil ansætte, og hvilke kriterier han vil lægge vægt på." Arbetsgivaren "kan spørge ansøgeren om hans helbredsforhold, herunder også om han er HIV-testet, HIV-positiv eller har udviklet AIDS. Arbejdsgiveren kan principielt stille som vilkår for ansættelse, at ansøgeren lader sig HIV-teste"... "Ansøgeren har ingen pligt til uopfordret at redegøre for sine helbredsforhold".^{69, s 15}

Den svenska arbetsgivarföreningen har liknande policy. I skriften "Vad arbetsgivaren bör veta om HIV och AIDS"⁷⁰ sägs:

"Arbetsgivaren har ingen generell rätt att kräva att redan anställda skall testa sig. Han kan visserligen vid nyanställning fordra att den sökande visar intyg att han/hon genomgått HIV-test. Eftersom en HIV-smittad normalt inte utgör någon risk på arbetsplatsen bör dock en sådan åtgärd övervägas nog".^{70, s 25}

En svensk koncern med fastslagen HIV- och AIDS-policy är Svenska Cellulosa AB (SCA)⁷¹ som inte kräver HIV-testning i samband med anställning, ej heller testning av redan anställda. Samtidigt betonas att "frivillig testning är angelägen för att hindra spridning av HIV".

Den *arbetsplatsetiska* frågan gäller i vilken mån det är etiskt motiverat att arbetskamrater och patienter ska få veta om en anställd är HIV-smittad.⁷² I SCA:s AIDS-policy sägs att "en HIV-smittad arbetstagare... avgör själv om, och i vilken omfattning, omgivningen ska informeras". Frågan ställs på sin spets när smitta befaras ha överförts i arbetet från personal till patienter. Ett amerikanskt exempel som gäller en tandläkare har varit aktuellt i pressen. Frågan är vems integritet, vems hälsa som i första hand ska skyddas.

Debatten upptar även den *socialetiska* frågan. Till denna hör förslaget om att tvångsisolering ska ske av HIV-smittade,⁷³ något som blivit en del av hälsopolitiken i Kuba.⁷⁴ Under vilka omständigheter kan tvångsisolering godtas i en välfärdsstat som vår?

Ska välfärden i samhället gälla alla eller bara en del? Det finns, menar Lennart Koskinen,⁷⁵ en tendens att begreppet solidarisk tolkas som samhörig bara med den som är solid och arisk. Revirtänkande och rädsla har fått grym aktualitet i samband med AIDS.

Vidare ställs i debatten den *sexualetiska* frågan: vad ska man uppge till den som man har sexuell kontakt med? Är sexualiteten – med individuella variationer – under alla omständigheter att betrakta enbart som en privatsak?

Den *informationsetiska* frågan gäller exempelvis hur mycket avskräckning det är rimligt att visa upp i massmedia. Ska man, som under en period i Finland, nära nog tuga bort problemet eller ska man, som i engelska massmedia, visa upp sjukdomen i slutstadiet för att få folk att bli skyddsmedvetna? Till de informationsetiska frågorna hör vilken registrering och sekretess

beträffande AIDS-sjuka och HIV-smittade som ska anses acceptabel.

Sekretessen måste respekteras även från *pressetisk* synpunkt. Det kan inte vara rimligt att massmedia tillgodoser skandalintresset och sitt eget profitintresse på bekostnad av de sjukas privatliv. Vilka etiska normer bör gälla i sammanhanget?

Från vissa länder uppges att antalet självmord ökat sedan massmedia bekantgjort att självmord blivit en vanligare dödsorsak för HIV-smittade än sjukdomen som sådan. Är det mot den bakgrunden önskvärt att undanhålla vissa fakta?

Den *vårdetiska* frågan gäller vilka som ska ägna omsorg åt AIDS-sjuka. Enbart de som frivilligt ställer upp? Vilken rätt till information ska exempelvis en behandlande kirurg, tandläkare, sjuksköterska eller vårdare ha? Om ett barn på daghem är HIV-smittat, ska då personalen och andra barns föräldrar få veta detta?

Den *försäkringsetiska* frågan gäller vilken information som försäkringsbolag har rätt att kräva beträffande sina försäkringstagare. I den amerikanska diskussionen har nämnts att om bolagen inte får möjlighet att infordra sådan information kan premierna i vissa fall komma att höjas med 30 procent.

Den *prioriteringsetiska* frågan handlar om vilka sektorer i samhället som ska ha företräde i fråga om resurser. Hur mycket ska andra områden hållas tillbaka till följd av vården av AIDS-sjuka? Motsvarande fråga är aktuell beträffande forskningen. Vidare: i vilken mån kan andra områden, t ex cancerforskningen, dra nytta av den forskning som gäller immunologi i samband med AIDS?

Nyckelfrågorna

Får människan göra saker och ting bara för att de kan göras? Svaret måste vara nej. Handlingarna ska bedömas utifrån etiska utgångspunkter.

Är medmänniskan ett objekt som får manipuleras? Ingen människa bör göras till objekt för någons godtycke eller manipulation. Människan bör behandlas som mål i sig, inte bara som medel.

Har alla lika värde? Det tillkommer varje människa att respekteras för sin egen skull, för det hon är och inte för det hon har eller gör. Men att alla har samma människovärde betyder inte att alla bör behandlas på samma sätt. Ju svagare livet är, desto mer måste det värnas. Det motiverar förstärkning av insatserna för de mest utsatta, för dem vilkas liv och hälsa är hotade. Hur desperat en människa är i en problemfylld situation kan bero på hur vi ställer upp för varandra både som enskilda människor och som kollektiv.

"Det tar aldrig slut på sådant som kan gå galet".

Att göra *tekniska* fel råkar många ut för i sin profession. Det gäller att begränsa skadeverkningarna och att, som hos flygbolagen, söka gå in för "total kvalitet" så långt det tekniskt och ekonomiskt är rimligt. *Vissa omdömesmässiga* fel betraktas som nära nog oundvikliga men de måste söka förebyggas. Det är vår

uppgift att göra även de *normativa felen*, som har samband med brister i professionellt kunnande och skicklighet, så avgränsade som möjligt.

Vi måste söka skapa det klimat i samhället och i arbetet som ger förutsättningar för det stödjande samtalet, även om våra misstag. Inget är perfekt i denna vår värld men "goda planeter är svåra att finna".⁷⁶ Därför gäller det att göra det bästa möjliga av den som blivit vår, den vi lånar från våra efterkommande.

Diskutera

1. Ge exempel på tekniska fel, omdömesfel och normativa fel i sjukvården. Vilka möjligheter finns att förhindra de tre slagen av fel?
2. Diskutera metoder för att psykologiskt hantera misstag som begås i arbetet inom hälso- och sjukvården. Vad kan chefen göra?
3. Hur kan "perfektionens ok" lättas?
4. Människovärdet bestäms av hur vi väljer att möta svaghet och skröplighet. Hur anser Du att det mötet bör ske i hälso- och sjukvården?
5. Ju snabbare ändringar desto färre normer är gemensamma för skilda åldersgrupper. Ju större förändringar desto större social sveda i samhället. Diskutera effekterna.
6. Ge från egen erfarenhet exempel på hur etiska dilemman uppstår när motstridande krav drar åt skilda håll.
7. Ser Du en motsättning mellan pliktetiken och konsekvensetiken?
8. Ge exempel på förändringar som utgör delar i en fortgående process, och på förändringar som bestäms av utomstående krafter. Är de etiska problemen olika i de båda fallen?
9. Diskutera förhållandet mellan juridik och etik.
10. Samvetet är etikens grundval och människans värn mot ondskan. Hur utvecklas samvetet?
11. Vad har Du för synpunkter på Kohlbergs och Dunsires stadier i moralutvecklingen?
12. Vid etiska överväganden aktualiseras bl a följande tre principer:
 - 1) Rättvisepincipen, som innebär att alla lika fall ska behandlas lika och alla olika fall behandlas olika.
 - 2) Effektivitetsprincipen, som innebär att åtgärder ska vara lämpade för att uppnå de uppsatta målen med hänsyn tagen till kravet på hushållning.
 - 3) Legitimitetsprincipen, som innebär att det som görs ska kunna rättfärdigas legalt och inte grundas på dominans eller våld.
13. Ser Du någon konflikt mellan de tre principerna?
13. Relationen mellan politik och moral är ett omdiskuterat ämne. Enligt den *totalitära tesen* är moralen underkastad politiken. Enligt den *dualistiska tesen* är politiken underkastad moralen. Enligt *amoralitetstesen* är politik och moral två skilda saker. Vilken av de här teserna överensstämmer med Din uppfattning?
14. Forskning om etiska frågor är ett angeläget men länge försummat område. Medan vi har rationella instrument för att komma åt mindre väsentliga frågor står vi i stort sett utan vetenskaplig vägledning när det gäller de viktigaste frågorna i livet. Kan och bör förhållandet ändras? I så fall på vilket sätt?
15. I Regeringsformen 1:7 sägs:

"Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet... Det allmänna skall verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden. Det allmänna skall tillförsäkra män och kvinnor lika rättigheter samt värna den enskildes privatliv och familjeliv. Etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv bör främjas". Hur kan de kraven förverkligas inom hälso- och sjukvården?
16. Socialtjänstlagen säger:

"Socialtjänsten skall under hänsynsta-

gande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet" (Socialtjänstlag 1980:620, §1).

Att frigöra och utveckla är således två nyckelbegrepp inom socialtjänsten. Vilka paralleller ser Du till hälso- och sjukvården?

17. I Byråkratiutredningens betänkande "Bättre kontakter mellan enskilda och myndigheter" (SOU 1979:31) framhålls att:

"Varje kontakt i den offentliga verksamheten med enskilda människor måste bygga på insikten att samhällsorganen ytterst är till för den enskilde och inte tvärtom. Det är utomordentligt viktigt att varje offentligt anställd inte bara har denna insikt utan framför allt ges möjlighet att tjäna allmänheten och att denna möjlighet tas tillvara av var och en".

Varför är detta så viktigt i hälso- och sjukvården?

18. "Människan är den enda varelse som kan prioritera svaghet." Diskutera vad den möjligheten innebär.
19. "Människovärdet är ständigt hotat." Hur ska vi möta hoten?
20. Vari ligger grunden för människolivets värde?
21. Bara i total respekt för andras olikhet som människor kan vi möta varandra. Om vi förvandlar varandra till speglar för våra egna behov förkrymper vi varandra och omöjliggör den skapande dialogen. Diskutera hur denna insikt kan tillämpas i hälso- och sjukvården.
22. Etiken betyder att vi bryter mot vår 'naturliga' önskan att sätta vår egen existens i första rummet. Är ett etiskt förhållningssätt möjligt?
23. "Den som är ond är den som är i behov av mer kärlek" (Martin Buber). Diskutera!
24. Vilka är de viktigaste etiska frågorna inom
 - den bio-mekaniska modellen
 - den psyko-dynamiska modellen
 - den hälsopedagogiska modellen och
 - livsmiljömodellen?
25. Diskutera etiska frågor som har samband med

- äldreomsorg och
- immunbristsjukdomen AIDS.

26. Du är avdelningschef i en verksamhet som seglat i medvind. Din enhet har fått kraftiga förstärkningar i budgeten. Men nu börjar tiderna bli kärvare.

Inför nästa budgetår finns inga indragningar planerade för din verksamhet. Samtidigt har du en känsla av att det finns ganska stora besparingsmöjligheter som inte har utnyttjats. Om du nämner dem i budgetsammanhang finns risken att en del resurser dras in.

Året efter nästa planeras ett premiölönesystem som innebär att du får mer betalt om du har överskott i budgeten.

Du överväger om du ska tala om att två tjänster kan sparas in redan inför nästa år eller om du ska hålla skenet uppe och inte avslöja rationaliseringsmöjligheterna och på så sätt få chans till större överskott, och därmed högre lön.

Hur gör du?

27. Du är chefläkare för en verksamhet där du har intresserat dig för olikheter i komplikationsfrekvens mellan skilda operatörer. Då har du funnit att en operatör har tre gånger större komplikationsfrekvens än genomsnittet.

En patientförening har hört talas om siffrorna och bett att få del av dem.

Hur gör du, dels i det aktuella ärendet att lämna ut statistiken, dels i hanterandet av problemet?

28. Du har behov av en ny medarbetare i den verksamhet där du är ansvarig chef. Du har en svårson som du tycker är duktig och som du gärna vill ha in eftersom han för tillfället går utan arbete. Om den befattning som är aktuell annonseras som ett kortare vikariat på sex månader finns en chans att du ska få in honom. Om däremot annonsering ska ske på sedvanligt sätt kan det finnas andra, mer meriterade, som ligger bättre till.

Hur gör du?

29. Du är samhällsmedicinsk expert och föredragande i den kommunala beställarnämnden. Nämndens budget har reducerats med 10 procent. Nämnden har tidigare antagit ett hälsopolitiskt program som prioriterar hälsobefräm-

jande och förebyggande insatser. Du kan lägga fram en argumentering för att det friskvårdsprogram som initierats i kommunen av beställarnämnden sannolikt ger betydande inbesparingar i tjugooårsperspektiv. Ställda inför kravet att skära i serviceutbudet är politikererna nu benägna att lägga ner friskvårdsprogrammet.

Hur gör du?

30. Du ingår som expertmedlem i en policygrupp vid socialdepartementet och ska ta ställning till en lag om centrala samhälls- och hälsopolitiska mål för folkhälsa och jämlik vård. Staten, vars uppgift är att säkerställa särskilt den sociala och regionala rättvisan, har i marknadsstyrningens tid avhänt sig snart sagt varje finansiellt styrmedel. Människorättsexperten i policygruppen hävdar att man i detta läge måste lagstifta om subjektiva rättigheter till vård för grupper av utsatta medborgare. Kommunförbundets representant motsätter sig detta.

Vilken ståndpunkt intar Du?

31. Sjukvården i Storby kommun har fått ett besparingsbeting på 15 procent inför nästa år. Det betyder minskning av personalen och nedläggning av en del verksamheter. Personal, också chefer, har gått ut i massmedia med kritik.

Den ledande politikern tar illa vid sig. I en tidningsintervju säger han: "Varje vecka har vi chefer som kritiserar sin arbetsgivare, och dessa personer sitter kvar på sina positioner. Jag vill inte se någon utåtriktad kritik i tidningarna. Däremot välkomnar jag intern debatt. Chefer måste vara lojala mot sin arbetsgivare. Är de inte det,

måste vi överväga deras chefsupdrag."

I personaltidningen intervjuas chefer på olika nivåer. Några menar att de förtroendevalda inte får undanröja den meddelarfrihet och det meddelarskydd som garanteras enligt lag och förordning. De är en förutsättning för att demokratin ska fungera. Andra menar att frågan gäller var gränserna går.

Chefsläkaren vid ett av sjukhusen säger i en intervju att "i första hand är jag lojal mot mina patienter". Han menar att spelreglerna inte kan vara desamma inom privata företag och offentlig verksamhet. "Självklart är jag också lojal mot sjukhusägaren", säger han. "Men uppstår konflikt står jag på patienternas sida."

Den ledande administratören säger i intervjun att "som chef har man lojalitet mot sin arbetsgivare och närmaste chef. Det är nödvändigt och önskvärt att diskutera och ifrågasätta, men inte inför offentligheten eller inför sina egna underlydande".

Vilken är Din uppfattning?

32. Sjukvården i Storby köper tjänster av tre privata laboratorier som drivs på fritid av läkare vid centrallasarettet. Remitteringen för mikrobiologiska, patologiska och cytologiska tester har ökat under senare tid. I massmedia har laboratoriernas stora vinster diskuterats.

Du är sjukhuschef, och Du har sett amerikanska undersökningar som visar att när läkare har ekonomiska intressen i laboratorier ökar provtagningen med 300–400 procent. Du känner ett behov av att "röja upp" i "smeten".

Hur gör Du?

Litteratur

¹ Bosk, C.L., *Forgive and remember. Managing medical failure*, Chicago: University of Chicago Press, 1979.

² Jensen, U.J., "From good medical practice to best medical practice", *International Journal of Health Planning and Management*, 1989;4,167–180.

³ Hilfiker, D. "Facing our mistakes", *New England Journal of Medicine*, 1984;310,

118–122.

⁴ Rawls, J., *A theory of justice*, Cambridge, Mass.: Balknap Press, 1971.

⁵ Helander, J. (red), *Gerontologi. Läran om det friska åldrandet*, Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1972.

⁶ Blomquist, C., *Medicinsk etik*, Stockholm: Natur och Kultur, 1971.

⁷ Giertz, G., *Etik i läkarens vardag*, Stock-

- holm: Svenska läkaresällskapets förlag, 1984.
- ⁸ Wretmark, G., *Etik i vården, teori, praktik, forskning*, Lund: Studentlitteratur, 1983.
 - ⁹ Schroll, M., "Forebyggelsens etik", i Andersen, D., Mabeck, C.E. och Riis, P. (red), *Medicinsk etik*, Köpenhamn: Foreningen af danske lægestuderendes forlag, FADL, 1985, 345–361.
 - ¹⁰ Fichtelius, K-E., "Vilka skall prioritera inom sjukvården – läkarna, patienterna eller politikerna?", *Läkartidningen*, 1988; 85:48, 4230–4231.
 - ¹¹ Bodenheimer, E., *Jurisprudence: The philosophy and method of the law*, reviderad upplaga, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1974.
 - ¹² Dobbing, J. (red), *Infant feeding. Anatomy of a controversy*, 1973–84, London: Springer, 1988.
 - ¹³ "Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying", Briarcliff Manor NY: Hastings Center, 1987.
 - ¹⁴ Callahan, D., *Setting limits. Medical goals in an ageing society*, New York: Simon and Schuster, 1987.
 - ¹⁵ Hedenius, I., *Filosofien i ett föränderligt samhälle*, Stockholm: Bonniers, 1977.
 - ¹⁶ Kohlberg, L., "Stages of moral development as a basis for moral education", i Beck, C.M., Crittenden, B.S. och Sullivan, E.V. (red), *Moral education. Interdisciplinary approaches*, Toronto: University of Toronto, 1971, 23–92.
 - ¹⁷ Dunsire, A., "Bureaucratic morality in the United Kingdom", *International Political Science Review*, 1988:9, 179–191.
 - ¹⁸ Hiller, M.D., *Ethics and health administration. Ethical decision making in health management*, Arlington, VA: Association of University Programs in Health Administration, 1986.
 - ¹⁹ Jacobsson, P., *Fyra uppsatser om teknik och etik*, Stockholm: Sveriges Civilingenjörsförbund, 1987.
 - ²⁰ Lundquist, L., *Byråkratisk etik*, Lund: Studentlitteratur, 1988.
 - ²¹ Tännsjö, T., *Värdeetik*, Stockholm: Rabén och Sjögren, 1990.
 - ²² *Det svår fångade människovärdet – debattskrift*, Stockholm: Statens Medicin-Etiska Råd, 1991.
 - ²³ Smith, A., *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*, Oxford: Clarendon, 1976.
 - ²⁴ O'Neill, P., *Hälsa för alla*, Stockholm: Liber, 1984.
 - ²⁵ Lifton, R.J., *The nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, London: Macmillan, 1986.
 - ²⁶ *Genetisk integritet*, Gen-etikkommittén, Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, 1984:88.
 - ²⁷ Danielsson, H., *Kartläggning av det mänskliga genom. MFR informerar*, Medicinska forskningsrådet, 1988:3, 1–2.
 - ²⁸ Theorell Henriksson, A., "Insyn i vården skulle alla vinna på", Intervju med genetikern och sjukvårdsdirektören Jan Lindsten, *KI Journalen*, 1990:1, 12–14.
 - ²⁹ Borgenhammar, E., "Det är inte sjukt att dö", *Dagens Nyheter*, 12 december 1989.
 - ³⁰ Dahlström, G., "Beslut att avstå från eller avbryta behandling svåra och pressande i alla vårdssystem", *Läkartidningen*, 1987: 84, 2419–2420.
 - ³¹ Hedeby, B., *Ja till dödshjälp*, Göteborg: Zinderman, 1978.
 - ³² Rinell Hermansson, A., *Det sista året. Omsorg och vård vid livets slut*, Uppsala: Uppsala Universitet, Institutionen för socialmedicin, Centrum för omvårdnadsvetenskap, 1990.
 - ³³ Saunders, C. (red), *Den goda döden. Om vård av döende cancerpatienter*, Stockholm: AWE/Gebers, 1979.
 - ³⁴ Qvarnström, U., *Patients' reactions to impending death. A clinical study*, Stockholm: Stockholms universitet, 1978.
 - ³⁵ *Att dö på sjukhus. Rapport från utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede*, Stockholm: Statens offentliga utredningar, Socialdepartementet, 1977:82.
 - ³⁶ Ofstad, H., *Våri förakt för svaghet*, Stockholm: Prisma, 1987.
 - ³⁷ Tännsjö, T., "Du äger inte din kropp. Vi har en moralisk skyldighet att donera våra organ", *Dagens Nyheter*, 8 april 1990.
 - ³⁸ *Transplantation – etiska, medicinska och rättsliga aspekter*, Betänkande av Transplantationsutredningen, Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, Socialdepartementet, SOU 1989:98.
 - ³⁹ Ronnby, A., *Socialarbetets förklaringsmodeller*, Malmö: Liber, 1983.
 - ⁴⁰ Cullberg, J., *Dynamisk psykiatri*, Stockholm: Natur och Kultur, 1985.
 - ⁴¹ Börjesson, B., *Inre och yttre tvång*, Stockholm: Samarbetskommittén, Rapport Barnbyn Skå, 1979.

- ⁴² Illich, I., *Den farliga sjukvården*, Stockholm: Aldus, 1975.
- ⁴³ Lunn, V., "Psykiatri og etik", i Andersen, D., Mabeck, C.E. och Riis, P. (red), *Medicinsk etik*, Köpenhamn: Foreningen af danske lægestuderendes forlag, 1985.
- ⁴⁴ Molin, K., "Psyiskt sjuka missbrukare går under. 'Många far otroligt illa, ingen vill ha med dem att göra', säger psykiater Jan Ramström", *Dagens Nyheter*, 10 maj 1990.
- ⁴⁵ Sandin, B., *Den zebrarandiga pudelkärnan*, Stockholm: Rabén & Sjögren, 1986.
- ⁴⁶ Mårtensson, L., "Livets mening utplånas", *Dagens Nyheter*, 25 mars 1990.
- ⁴⁷ Lindemalm, G., "Psykosens kaos är alternativet'. Neuroleptika är fortfarande en oöverträffad behandlingsform", *Dagens Nyheter*, 9 april 1990.
- ⁴⁸ Lundin, G., *Klienterna*, Stockholm: Symposium, 1990.
- ⁴⁹ Malmgren, S. och Andersson, G., "Who were reached by and participated in a one year newspaper health information campaign?", *Scand J Soc Med*, 1986;14, 133-140.
- ⁵⁰ Jonsson, G., *Det sociala arvet*, Stockholm: Tiden, femte upplagan, 1976.
- ⁵¹ Thorsvik, D., *Primærhelsetjenesten og sykehusforbruket. En analyse av årsakene til forskjellene i forbruk av sykehustjenester i Nord-Trøndelag*, Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, Statens Institutt for Folkehelse, Rapport 1986:5.
- ⁵² Crawford, J.S., "Is longevity a worthwhile social objective?", *Lancet*, 1985;1335.
- ⁵³ Skrabanek, P., "Preventive medicine and mortality", *Lancet*, 1985; januari 18: 143-144.
- ⁵⁴ Berkman, L.F. och Syme, S.L., "Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents", *American Journal of Epidemiology*, 1979;109, 186-204.
- ⁵⁵ Berkman, L.F. och Breslow, L., *Health and ways of living*, New York: Oxford University Press, 1983.
- ⁵⁶ Ahnland, R., "Sjukdom (och hälsa) skapar vi själva. Helhetsmedicinen en djärv utmaning", Intervju med Bengt Stern. *Landstingens tidskrift*, 1982;4, 11-12.
- ⁵⁷ Hotchkiss, B., "Vänta dig mirakler! Handledning i personlig utveckling baserad på A course in miracles", Björketorp: Ingrid Weigner, 1988.
- ⁵⁸ Siegel, B., *Kärlek, medicin och mirakel*, Stockholm: Bonniers, 1988.
- ⁵⁹ Siem, H., *Helsekontroller – til nytte eller bekymring?*, Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
- ⁶⁰ Maslow, A., *Religions, values, and peak experiences*, Columbus: Ohio State University Press, 1964.
- ⁶¹ Philipson, S., Uddenberg, N. (red), *Hälsa som livsmening*, Stockholm: Natur och Kultur, 1989.
- ⁶² Egebeck, K-E., *Hastighet, föroreningsutsläpp*, Stockholm: Statens naturvårdsverk, 1987.
- ⁶³ Carlsson, G., *Beräkning av förväntad olycksreduktion vid förbättrad efterlevnad av gällande hastighetsgränser*, Linköping: Statens väg- och trafikinstitut, 1980:222.
- ⁶⁴ Nilsson, G., *Speeds, accident risks, and consequences on rural roads with different standard*, Linköping: Statens väg- och trafikinstitut, 1984:277.
- ⁶⁵ Salusjärvi, M., *The speed limit experiments on public roads in Finland*, Helsingfors: Technical Research Center of Finland, Publication 7, 1981.
- ⁶⁶ Thunberg, B. m fl, *Trafik och avgasutsläpp – utblick mot 2015*, Linköping: Statens väg- och trafikinstitut, 1990.
- ⁶⁷ Wijkmark, C-H, *Den moderna döden. Från människans slutskede*, Lund: Cavefors, 1978.
- ⁶⁸ Macrae, N., "Health care international", *The Economist*, 28 april, 1984.
- ⁶⁹ Grunnet, K., Simonsen, H., Falk M.K. och Beckman, E., *Aids på arbetsplatsen*, Köpenhamn: Dansk Arbejdsgiverforening, 1988.
- ⁷⁰ *Vad arbetsgivaren bör veta om HIV och AIDS*, Stockholm: Svenska arbetsgivareföreningen, 1988.
- ⁷¹ Hermansson, U. och Gärdegård, N., *Narkotika, alkohol, HIV/AIDS. Handbok för arbetsplatsen*, Sundsvall: Norra Förlaget, 1990.
- ⁷² Aovn, H., "When a house officer gets AIDS", *N Engl J Med*, 1989;321, 693-6.
- ⁷³ Tibbling, L., *Aids, politik och önsketänkande*, Stockholm: Askelin & Hägglund, 1987.
- ⁷⁴ Bayer, R. och Healton, C., "Controlling AIDS in Cuba. The logic of quarantine", *N Engl J Med*, 1989; 320, 1022-1024.
- ⁷⁵ Koskinen, L., "Gud, vad menar du med AIDS?", Föredrag vid Öppet Hus, Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, 13 september 1987.
- ⁷⁶ Kickbusch, I., "Good planets are hard to find", WHO Healthy Cities Papers No 5, Köpenhamn: FADL Publishers, 1989.

8. Vad är acceptabel risk?

-
- Vad är risk? 137 • Risker på gott och ont 138*
• *Att bestämma risker 139 • Ökande oro för risker 140*
• *Acceptabel risk 141 • Värderingarnas betydelse 145*
• *En studie om attityder till risker 146 • Barnolyckor i Norden 150 • Aristoteles eller Platon? 151*
• *Riskstrategi 152 • Diskutera 153 • Litteratur 154*
-

Ingen generation i historien har levt så länge och varit så fysiskt frisk som vår. De klassiska epidemierna är borta från vår horisont. Vår levnadsnivå är hög. Vi borde vara en nation av hoppfulla människor. Men stora grupper i samhället mår inte bra.

En sak är hur vi *har* det i yttre mening, *en annan* hur vi *tar* det. Kroppen skiljer inte mellan verkliga och inbillade faror. Sjävtilliten, tilliten till andra, och till att saker och ting reder upp sig så bra som rimligen kan förväntas har gått förlorad hos många. Förmågan att hantera livets risker och osäkerheter är bräcklig.

Vilka risker ska anses acceptabla? Vilka motiv finns att godta risker? Skiljer sig allmänhetens uppfattningar från experternas?

Vad är risk?

Risk är sannolikheten att en icke önskad händelse ska inträffa. Chans är den positiva motsvarigheten. Risk och osäkerhet används ibland som liktydiga begrepp, men risk kan beräknas medan osäkerhet bara kan bedömas. Man skiljer mellan kalkylerad risk, verklig risk och upplevd risk. Kalkylerad är den risk som framkommer enligt teoretiska beräkningar. Den verkliga risken känner man vanligen först i efterhand. I en riskbild finns ofta oro och rädsla som är svåra att mäta. Oron, den upplevda risken, står inte alltid i proportion till riskens verkliga storlek. Vi underskattar riskerna med sådant vi gillar och överskattar de som vi tycker illa om.

Riskuppskattning innebär att hänsyn tas till sannolikhet och konsekvens. *Riskvärdering* har samband med den villighet som finns att acceptera risker. Villigheten beror bl a på vilken nytta, glädje eller annan kompensation som man anser sig ha av en verksamhet som innebär risk.

När man talar om faror handlar det om risker över viss nivå.¹ Men det finns ingen skarp gräns mellan det farliga och det ofarliga.² Det man kallar åtgärdsgränser är nivåer som bestäms administrativt eller politiskt.³ Ett exempel är hur många becquerel per kilogram livsmedel som ska anses godtagbart. I Sverige var den gränsen tidigare 300 men ändrades efter Tjernobykatakstrofen för vissa livsmedel till 1500.

Riskbedömning har en kvantitativ uppskattningsaspekt som handlar om att beräkna sannolikhet och konsekvens. Det finns också en kvalitativ värderingsaspekt som handlar om villighet att acceptera risker.⁴ Den kvantitativa brukar

lyftas fram av tekniker och myndigheter, den kvalitativa av bl a miljöaktivister. Vardera gruppen har svårt att ta till sig den andra sidans information. I många fall finns inte ens ett ytligt samförstånd.

Risker på gott och ont

Hur bör vi förhålla oss till risker?⁵ Ett synsätt är att de så långt möjligt ska undvikas eller minimeras. En extrem uppfattning är att risker överhuvudtaget inte kan accepteras: "Jag tar inga risker". En mer realistisk uppfattning är att vi måste se riskerna i ögonen och godta att de finns. Varje möjlighet bär också med sig en risk: "Den som inte tar några risker gör ingenting alls."

Filosofen Martin Buber påpekar att höjdpunkterna i vår tillvaro, de ögonblick då vi känner mest intensivt att vi lever, är förknippade med en risk, med en osäkerhet för framtiden eller för hur det ska gå. T ex när våra barn föds eller när vi kämpar eller anstränger oss för något, en sak eller ett mål. Författarinnan Simone Weil har en liknande uppfattning: "Risken hör till själens viktigaste behov. Frånvaron av risker ger upphov till ett slags leda som förlamar på ett annat sätt än rädslan, men nästan i lika hög grad."

Astrid Lindgren ger en illustration i Bröderna Lejonhjärta: "Jag frågade Jonatan, varför han måste ge sig ut på någonting som var så farligt. Han kunde ju lika gärna sitta hemma vid elden i Ryttargården och ha det bra. Men då sa Jonatan att det fanns saker som man måste göra, även om det var farligt. 'Varför då', undrade jag. 'Annars är man ingen människa utan bara en liten lort', sa Jonatan."

Buber, Weil och Lindgren pekar på något viktigt, nämligen att det finns risker som är förbundna med något positivt, med utveckling och engagemang. De innebär en möjlighet, en chans. Andra risker är helt utan glamour, exempelvis att få i sig radon eller joniserande strålning. Det finns risker vi kan göra mycket åt, t ex att inte röka tobak. Det finns risker som vi *inte kan* undvika, exempelvis de som naturkrafterna för med sig: jordbävningar och vulkanutbrott.

Inom ungdomsforskningen talar man om risktagande beteende, på gott och ont. Risktagande är nödvändigt för den unges psykiska utveckling och självkänsla. Men det är önskvärt att dämpa rebellens övermod, det tidiga och överdrivna risktagandet. Där finns övermod i trafiken, de oskyddade sexuella erfarenheterna, de vanebildande preparaten. Hälsan och livskvaliteten, egen och andras, står på spel.⁶

I vårt handlande blandar vi risktagande och riskminimering på ett klivet sätt. Vissa risker, ibland ganska små, blåses upp. Andra, betydligt större, tonas ner. Det finns personer som betraktar faran som eftersträvaransvärd. Exempelvis de som hoppar fallskärm eller klättrar uppför branta berg. Riskerna gäller ens egen person. Men hur stora risker är det rimligt att utsätta andra för?

Det finns industriella processer med giftutsläpp som påverkar villkoren för åtskilliga människor och för annat levande. De flesta av risktagarna har inte någon som helst anknytning till industrin. Den negativa utvecklingen har gått långt inte minst i många öst- och centraleuropeiska länder. Där ansåg sig de

styrande inte ha råd att stanna upp, reflektera och skona. Plötsligt visade sig tilliten till ledarna urholkad, likt "ett myrätet ormskinn". I dag talar man om den ekodepression som sprider sig som ett psykologiskt aidsvirus till följd av miljöförstöringen.

Varje gång vi sätter oss bakom en ratt och ger oss ut i trafiken utsätter vi medmänniskor för olycksrisker. Trafiken är omgärdad av säkerhetsregler som många medvetet struntar i. Åtskilliga känner övermättnad inför alla maningar, påpekanden och varningar.

En del menar att det är nära nog omöjligt att ha någon som helst kontakt med andra människor utan att utsätta dem för risker. I dessa dagar står också kyssen under debatt. Men hur konsekventa är vi?

Det finns egenheter i vårt sätt att se på risker. Oenigheten är stor mellan skilda bedömare när det gäller samma slags faror. Människor oroar sig för helt olika saker i likartade situationer. Kunskapen om riskerna och det praktiska handlandet är inte samordnade. Slutsatsen är att vad vi än gör för att begränsa riskerna följer vi inte principen att så långt det är möjligt söka undvika dem.⁷

De val vi träffar blir en kombination av gott och ont. Ingen bor exempelvis i storstaden för luftföroreningarnas och cancerriskenas skull. Däremot för arbetsmöjligheternas, utbildningstillfällenas och kulturens skull, för chanserna till stimulerande kontakter. I grunden handlar det om försök till "optimering" – utan enkel lösning.

Ökar då riskerna i vår värld? Eller har vi bara blivit mer rädda efter Bhopal, Three Mile Island, Seveso och Tjernobyl? Vi läser om nya riskslag: isen som smälter i polarområdena till följd av "växthusgaserna", hålen som utvecklas i jordens skyddande ozonlager, de allt fler cancerfarliga kemiska produkterna, den fruktansvärda möjligheten av kärnvapenkrig. Samtidigt drar vi nytta av förbättrad teknik inom många områden. Trots allt lever folk inte bara längre utan är också fysiskt friskare än för 100 år sedan. Livet har blivit rikare.

Rädslan för risker har bara delvis att göra med fakta och kunskap. Viktigare är den kultur i vilken vi lever.² Vi väljer vad vi vill oroa oss för. Riskupplevelsen hör till stor del hemma på irrationalitetens område. Den har mycket gemensamt med politik, religion och moral. Det står oss fritt att välja vilka risker vi ska bekymra oss för: "Många håller oro som andra håller hund". Vi är också fria att välja vad som ska ge tillit. "Allting är så osäkert, och det är just det som lugnar mig", säger Tove Janssons Too-Tikki.

Att bestämma risker

"Vissheten är viktig att det lilla vi vet är ovisst". Hur kan man då beräkna hur stor en risk är?⁸ En möjlighet är att dra slutsatser för framtiden från beräkning av sannolikhet och konsekvens med utgångspunkt i dataserier, med andra ord att *extrapolera*.

Ett annat sätt är att göra *teoretiska modeller*. Där kan risksituationer analyseras i sina delar beträffande sannolikhet och konsekvens och sammanvägas. Vid sammansatta risker kan man laborera med "felträdsanalyser" för att illustrera hur det lilla och det stora hänger samman, likt grenarna och trädet.

En tredje möjlighet är att utföra *experiment*. Det gör exempelvis livsmedelsverket med försöksdjur för att få fram giftigheten per given mängd. Syftet är att få data om hur stort det dagliga intaget av kemikalier i milligram per kilogram kroppsvikt kan vara för att anses acceptabelt på lång sikt. Experimentella snabbmetoder med celler får nu allt större betydelse som sällningsmetod för att upptäcka hur kemiska ämnen kan påverka arvsanlagen.

En fjärde metod är att låta experter göra *gissningar*. Det är vad man hänvisas till i en hel del fall, exempelvis vid unika risker. Grunderna för sådana gissningar varierar i många fall från expert till expert, något som negativt kan påverka allmänhetens tilltro till specialisterna.

Ökande oro för risker

Oron för riskerna i samhället synes öka. Att så sker har många skäl. Allmänhetens kunskaper om exempelvis miljögifterna är större än förr. Nya möjligheter att upptäcka skadliga ämnen har tillkommit. Demonstrationsobjekten har blivit fler: döda sjöar, havsbottnar, fiskar, fåglar och skogar. Drömmen om det harmoniska jämviktssamhället är inte längre lika levande. Hos många finns en ingrodd misstro mot företagens monetära kvittningsfilosofi, mot åsikten att vad som helst kan accepteras för löften om pengar och sysselsättning.

De som fattar beslut som för med sig risker, alltså risk-skaparna, och de som bär riskerna, alltså risk-mottagarna, är i många fall helt olika personer eller grupper. Ett växande främlingskap har observerats mellan risk-skaparna och risk-mottagarna. Det främlingskapet demonstreras tydligast i krig, exempelvis i amerikanernas bombattor under 1960- och 70-talen över Vietnam. B52-ornas ruttor var datastyrda. Mängden av dataprogram gjorde att militärledningen till slut inte visste vad som bombades. Ingen ville ta ansvar för raiderna. Den blinda, okänsliga och ansvarslösa tekniken hade tagit över.

Auktoriteterna i samhället, de som uppfattas som trovärdiga, tenderar bli färre. Risker kan i många fall vara svåra att förutse och därmed att uppskatta eller värdera. Inte ens framtidsstudier har visat sig särskilt långsiktiga när det gäller att varna för de risker som håller på att utvecklas. Allmänheten har genom upprepade exempel fått lära att även till synes objektiva utsagor innehåller subjektiva element och "mänskliga faktorer". I och med att levnadsstandarden har stigit för de flesta finns mer än tidigare att förlora om något skulle gå fel.

Många ser tillvaron som provisorisk. Stora förändringar kan komma snabbt. Det som sker går i åtskilliga fall inte att sätta in i ett större sammanhang. En smygande rädsla finns att ingen riktigt förstår de invecklade sambanden i tekniksamhället, att ingen har överblick över konsekvenserna på miljön och människorna. Gårdagens lösningar visar sig vara dagens problem: DDT, konstgödningsningen osv.

Man kan tala om en flytande, nästan omärklig riskökning. De nya bilarna är exempelvis så komfortabla att folk inte känner när de kör för fort. Som konsekvens har farten på vägarna efter hand ökats.

Det tycks också finnas intressenter som vill skrämma folk för allehanda faror i syfte att få större resurser för sin verksamhet eller sin forskning eller vinna fler "proselyter" för sina åsikter.

En vagabonderande, objektsökande oro leder till att framtiden ses som ett hot, den framtid om vilken det enda säkra man kan säga är att man inte kan säga något säkert alls. Många gånger går det inte att finna ord för oron: "Det hemskaste av allt är rädslan utan namn" (Tove Jansson). Då hotar kaos.

Varje nytt ämne engagerar immunförsvaret. Det finns antaganden om att vi bara har ett begränsat antal nummer tillgängliga i immunförsvarets "telefonväxel". Slutsatsen blir att varje nytt kemiskt preparat som inte bedöms vara nödvändigt inte heller bör tillåtas, för hälsans skull.

Acceptabel risk

Hur kan risktagande moraliskt motiveras? Vilka risker ska anses etiskt acceptabla? – Man kan tala om fyra grupper av motiv: låt-gå-mässiga, marknads-individualistiska, hierarkiska och ömsesidighetsmotiv.

Låt-gå-mässiga motiv

Två låt-gå-mässiga motiv ska här tas upp: det deterministiska motivet och sedvanemotivet.

Kan ödet i förväg ha bestämt vad som ska hända oss människor i livet? Eller spelar Gud tärning? Uppfattningen att allt eller det mesta i livet är förutbestämt av ödet eller den gudomliga ordningen finns bakom det *deterministiska* eller *fatalistiska* motivet att acceptera risker. Här är uppfattningen att "det som sker det sker". Determinismen utplånar såväl ansvar som förtjänst. Allt som inträffar är följden av logisk nödvändighet. Tanken på människans fria vilja är enligt den här uppfattningen en illusion.

"Vad är det för idé att jag slutar röka? Jag är ju rökare. När min tid är ute så är den."

Sedvanemotivet eller "Starr's lag"⁹ är också ett låt-gå-mässigt motiv. Det säger att de godtagbara riskerna är de som man hunnit vänja sig vid, de som existerat vid en given tidpunkt. Det som tidigare har förevarit påverkar det nuvarande och bestämmer i hög grad vilka risker som anses rimliga att leva med: "Hittills har det gått bra".

Farorna med ny teknik brukar genomgående värderas strängare än farorna med etablerad. Om tobaksvarorna vore nya produkter skulle inte tillverkning, marknadsföring och försäljning tillåtas, med tanke på hälsoriskerna. Varje cigarett är "en lott i ett lotteri" som ökar sannolikheten att dö i förtid av någon tobaksrelaterad sjukdom.¹⁰

Trafikens olyckor och alkoholens skador är andra risker som många i dag bedömer acceptabla. Cyklamat – ett kalorifattigt sötningsmedel – förbjöds där- emot för att det i jättedoser visat sig kunna ge enstaka fall av cancer på möss.

Något annorlunda karaktär har vattenfluorideringen. WHO har utfärdat rekommendation om fluoridering upprepade gånger. I Sverige finns förbud när detta skrivs.

Sedvanemotivet att acceptera risker har stor utbredning och betydande styrka. Ett skäl är det kommersiella. I etablerad verksamhet har företag bundit upp sig i investeringar i tillverkning och distribution. Sådana trögheter medverkar till att de befintliga riskerna i så många fall tas för givna och därmed accepteras.

Marknadsindividualistiska motiv

Enligt marknadsindividualistiska synsätt har framstegen ett pris: risker är till för att tas. Här kan man tala om fem motiv: ekonomimotivet, försäkringsmotivet, riskvägningsmotivet, frivilligmotivet och Döbelnsmotivet.

Ekonomimotivet innebär att man får extra betalt för att acceptera vissa risker. Var nivån ligger, inom ramen för givna restriktioner, är i många fall en förhandlingsfråga.

Försäkringsmotivet innebär att risker kapslas in via ett ekonomiskt skyddsnät sedan väl nödvändiga försiktighetsmått har vidtagits. De risker som återstår blir acceptabla med hänsyn till det skydd som försäkringen bjuder.

"Jag har min försäkring. Händer något så finns den ekonomiska tryggheten där. Det gör att jag vågar."

Riskvägningsmotivet innebär att sådana risker kan godtas som innebär att en allvarligare minskar samtidigt som en lindrigare ökar. Sammanvägningen ger svaret om risken ska accepteras. Vad det här handlar om är således försök till optimering. Bedömningar görs för bästa möjliga totalresultat. En större risk kan vara mer acceptabel än en mindre, om den större risken medför större fördelar.¹⁰

Frivilligmotivet betyder att risker anses acceptabla om de tas tvångslöst och medvetet av dem det gäller. Folk har visat sig villiga att ta betydligt större risker när de utför självvalda sportaktiviteter än när de arbetar. Människor är mindre villiga att acceptera risker som skapas genom kollektiva verksamheter än risker som är förknippade med individuella handlingar.¹⁰ Vi känner i många fall ett behov av att själva kunna kontrollera vår situation.

Ett dilemma är den glidande övergången från frivilligfas till tvångsfas beträffande vanebildande och narkotiska medel, t ex alkohol, tobak och andra droger. Många tror sig själv kunna bestämma över sin cigarettkonsumtion. Snart nog tar "den vite älskaren" befälet.

I Norden anses cancerrisken för en rökare till följd av tobaken vara 1000–2000 gånger större än den förhöjning av risk som skett till följd av Tjernobykatakstrofen.

Döbelnsmotivet är kortsiktigt, hasardmässigt. Det innebär att en förbättring av situationen i dag anses värd priset av en försämring i morgon.

I *Döbeln vid Jutas* skriver Johan Ludvig Runeberg om krigarens krav på läkaren: "Tänk ut en sats, min herre, som gör mig för i morgon sjufalt värre, men hjälper mig i dag på mina ben".

Döbelnsmotivet aktualiseras i situationer då nuet värderas mycket högt i jämförelse med framtiden; när "diskonteringsräntan" är hög. Det motivet kan inte göras till allmän norm.

Ömsesidighetsmotiv

En likställighetstanke ligger bakom ömsesidighetsmotiven. Till dessa hör demokratimotivet, samfällighetsmotivet och "ta och ge-motivet".

Demokratimotivet betyder att en majoritet av politiker i parlamentarisk ordning direkt eller indirekt godtar vissa risker. Det kan exempelvis ske i gränsvärdenas form. De riskerna får man som medborgare acceptera att leva med. I varje fall till dess att ändring sker genom de folkvalda förtroendemännens beslut eller genom allmänhetens röstning i en speciell fråga.

Samfällighetsmotivet innebär att individen vägs mot kollektivet i gemenskapen. Det kollektiva intresset anses upphöjt över individernas och över sårbarheten. Den enskilde får godta risken att offras för vad som anses vara det gemensammas bästa.¹¹ Totalnyttan för kollektivet anses i den rationalistiska kalkylen som viktigare än individualnyttan.

Frågeställningen möter vi i Dostojevskijs *Bröderna Karamasov*. Det gäller en diskussion mellan Ivan och Aljosja. "Antag", säger Ivan, "att du själv skulle bygga upp människornas öde i avsikt att till slut göra människorna lyckliga, att skänka dem frid och ro. Men för att kunna göra detta var det nödvändigt och oundvikligt att plåga en enda liten varelse till döds... skulle du gå med på att bli arkitekt på sådana villkor? Svara mig och ljug inte!" – "Nej, det skulle jag inte", svarade Aljosja sakta.

Men historien ger många exempel på andra värderingar. – De som fick till uppgift att röja upp efter Tjernobylnkatastrofen var, enligt uppgift, till stor del interner från fångvårdsanstalter.

"Ta och ge-motivet" innebär att när en person går med på att utsätta sig för risker till följd av andra personers handlande, får andra personer acceptera att utsätta sig för risker till följd av den förste personens handlande. Vi kan tänka oss en "riskpool" i samhället till vilken vi själva bidrar när vi löper risker till följd av andras handlande. Vi utnyttjar den när vi utsätter andra för risker. Trafiken är ett exempel.¹²

Ett problem ligger i att alla kanske inte vill ansluta sig till en riskpool, inte ens när riskerna är små. Det kan anses orimligt och orättvist att folk är med i poolen på ojämlika villkor, t ex barnen i trafiken. Ändå är riskerna påtagliga för just dem.

Hierarkiska motiv

Bakom de hierarkiska motiven för att acceptera risker finns en vilja att leva upp till överordnades förväntningar. Som anställd eller som medlem i ett socialt sammanhang vill man göra sin plikt. Man vill svara mot förväntningarna. Man vill fullfölja ett engagemang, hålla en överenskommelse, följa givna order eller vad man uppfattar som högre intressen. Detta även om faromoment finns med i bilden.

Till de hierarkiska motiven hör auktoritetsmotivet, forskningsmotivet, arbetsrollsmotivet, konsensusmotivet och offermotivet.

Auktoritetsmotivet innebär att de risker anses acceptabla som någon överordnad eller någon man känner förtroende för, uppskattar eller dyrkar, säger åt en att ta. Dit har historiskt också hört att underordna sig den offentliga ordningen genom att gå i krig eller ge sig ut på liknande uppdrag med livet som insats: "Plikten framför allt". Information från massmedia kan påverka allmänheten att uppleva en risk som ett större hot eller en mindre fara än den annars skulle ha gjort.

En stor del av läkemedelskonsumtionen torde snarare bygga på auktoritetsmotivet än på patientens egen insikt och förståelse. Man tar sina mediciner så som doktorn har sagt, i många fall trots påtagliga besvär.

Forskningsmotivet innebär att risker för patienter anses godtagbara med hänsyn till behovet av ökad kunskap inom ett vetenskapligt område. Sjukvårdens etiska kommittéer ska godkänna en forskningsdesign i förväg med hänsyn till risker och möjligheter. Deltagande förutsätter i princip godkännande från den informerade patienten.

Sjukvården har tre funktioner, alla viktiga. Den första är att hjälpa, lindra och om möjligt bota. Den andra att undervisa. Den tredje att forska. Ett problem som patienten kan uppleva är att de inte alltid har klart för sig om han finns där för att botas, för att vara undervisningsmaterial eller för att vara objekt i forskningen.

Arbetsrollsmotivet eller *Umbertomotivet* är uppkallat efter kung Umberto I av Italien. Efter ett attentat gav han kommentaren: "Det hör till yrkets risker". Att skilda yrken medför olika risker är ett faktum som bara delvis kan undvikas eller åtgärdas.

Norska siffror från 1980-talets början visar dödsrisk i arbetet på en miljard personarbetstimmar: 2,4 för industri, 11 för jordbruk, 18 för bergsbruk, 54 för skogsbruk, 67 för fiske och 205 för oljeaktiviteter i Nordsjön. Genomsnittet för andra yrken var 1,8.¹³

Konsensusmotivet innebär att en grupp sakkunniga blir överens om vilka risker som bör tas i ett givet sammanhang. Inom sjukvården har konsensuskonferenser varit ett av medlen att nå fram till vilka medicinska metoder som kan anses ha godtagbara risker.

Offermotivet innebär att acceptera risker till förmån för en idé som är viktigare än man själv, en större: "Kärleken tvingar mig..."

Missionärer och andra biståndsarbetare, som gett sig iväg till utvecklingsländer, och personer som med fara för eget liv ställer upp för människor i nöd, kan ses som exempel på dem som tar risker av offermotiv. Inte minst inom sjukvården finns förutsättningar – också risken att på kort tid bränna ut sig om man inte hushållar med sina krafter.

Värderingarnas betydelse

Om man känner till en persons allmänpolitiska hemvist vet man också en del om vilka risker denne kan vara beredd att acceptera. Riskbedömning kan i många fall relateras till samhällsvärderingar. Det finns exempelvis personer med konservativ läggning som är beredda att godta de risker som ett kärnkraftsamhälle medför och samtidigt kräver karantän för HIV-smittade.

Vad en person betraktar som acceptabel respektive icke acceptabel risk torde bara undantagsvis grundas på rationellt eller "objektivt" underlag. Det man accepterar för egen del baseras i många fall på "mil av attityder och milimeter av fakta".² Man tar till sig egna och andras erfarenheter, man gör sig en trosbild. Fakta i sig betyder mindre. Den mänskliga fattningsförmågan är heller inte nog för alla data. Det är som att dricka ur en brandspruta. Informationen måste placeras i en föreställningsram för att bli gripbar.

Viktigt är att så långt möjligt tillförlitliga fakta finns som utgångspunkt. På så sätt kan attityderna med tiden revideras.

Den som företräder hierarkins eller marknadsindividualismens synsätt har ofta en tendens att tona ner de industriframkallade miljöriskerna. Annat är det med dem som står för vad som här kallas ömsesidighetens synsätt. Den lät-gå-mässige fatalisten har i sin tur redan kapitulerat.

Hälsoupplýsningens grundtanke är att många tar onödiga risker på grund av brist på kunskap om vad som är farligt eller hur farligt det är. Man har kanske inte fått hjälp att utveckla mindre riskfyllda vanor. För att ha framgång måste hälsobudskapet sättas in i sitt sociala sammanhang, i de föreställningar och livsvärden som råder.

Hur kan de 15 motiv för att acceptera risker som här tagits upp relateras till de fem synsätt som beskrivits i kapitel 3, "Styra eller styras?"

Det deterministiska motivet och auktoritetsmotivets kan föras till Jerusalem-modellen medan försäkringsmotivets och Döbelnsmotivets kan relateras till Las Vegas-synsättet. Riskvägningsmotivets, samfällighetsmotivets och forskningsmotivets har rationalistiska inslag och hänförs till Aten-synsättet. Ekonomimotivet, demokratimotivet, ta-och-ge-motivet, konsensusmotivets och arbetsroll- eller Umbertomotivet förs till Bryssel-synsättet, eftersom inslaget av uttalad eller underförstådd förhandling är betydande. Till Calcutta-synsättet förs sedvanemotivet, frivilligmotivet och offermotivets. Se tabell 8:1.

Tabell 8:1 Motiv och synsätt

	Synsätt				
	Jerusalem	Las Vegas	Aten	Bryssel	Calcutta
M O T I V	Determinis- tiska motivet Auktoritets- motivet	Försäkrings- motivet Döbelns- motivet	Riskvägnings- motivet Samfällighets- motivet Forsknings- motivet	Ekonomi- motivet Demokrati- motivet Ta-och-ge- motivet Konsensus- motivet Arbetsrolls- eller Umber- to-motivet	Sedvane- motivet Frivillig- motivet Offer- motivet

En studie om attityder till risker

I en undersökning har Lindén, Busch, Borgenhammar och Malmfors¹⁴ frågat ett representativt urval svenskar mellan 16 och 74 år hur de ser på risker. Intervjuerna utfördes vid hembesök via Sifo. Av 1 359 slumpmässigt utvalda och kontaktade personer erhöles 1 004 kompletta svar. Det betyder en svarsfrekvens på 74 procent. De frågor som dessa ställdes inför har också besvarats av 55 experter. Dessa deltog efter personlig inbjudan i två dagars seminarium om risk i Apotekarsocietetens regi. Experterna utgjordes av handplockade svenska vetenskapsmän, företags- och verkschefer samt politiker och mediefolk.

Männen är överrepresenterade bland experterna, likaså åldersgruppen övre medelåldern. Bland allmänheten finns en större andel än bland experterna som röker regelbundet, dvs mer än fem cigaretter om dagen: 25 respektive 9 procent. Experterna är bilburna i förhållandevis större utsträckning än allmänheten. 67 respektive 57 procent kör mer än 500 mil per år. Bland experterna finns en något större andel än bland allmänheten som lider av sjukdom eller går på regelbundet läkarbesök: 25 respektive 19 procent. Likaså en större andel som köpt receptfria läkemedel under de senaste fyra veckorna, 31 respektive 24 procent. Andelen som köpt läkemedel på recept, ordinerat under de senaste fyra månaderna, är däremot i stort sett lika i de båda grupperna.

Vi antog att experternas attityder till risker skulle vara artskilda från allmänhetens. Vi antog vidare att kvinnornas hållningar skulle skilja sig från männens.

Varför risk?

De utfrågade ombads ta ställning till en rad påståenden genom att ange om dessa stämde med deras uppfattning eller inte.

"Hur ser du på de risker som finns i tillvaron? Vad av följande stämmer med vad du anser?" Svaren framgår av tabell 8:2. Eftersom fler än ett svar kunde anges är den sammanlagda procenten högre än 100.

Tabell 8:2 Varför risk?

<i>Påstående</i>	<i>Allmänheten (%)</i>	<i>Experterna (%)</i>
De är något vi måste försöka få bort	55	56
De är ett pris för välfärden	48	33
De är något nödvändigt ont	22	38
De är ödesbestämda	12	2
De är mänsklighetens straff	4	0
Inget av detta stämmer	3	15
Tveksam, vet ej	4	4

Skillnaderna är påtagliga mellan de båda kategoriernas synsätt. Signifikanta skulle vi ha sagt om det gällt ett slumpmässigt urval bland inte bara allmänheten utan även bland experterna. Skillnaderna gäller samtliga frågor i tabell 8:2 med undantag för den första.

"Risker är något som vi måste försöka få bort". Det ansåg något fler än hälften i båda kategorierna. Hälften av allmänheten och en tredjedel av experterna ansåg att riskerna är "ett pris för välfärden". En nästan dubbelt så stor andel av experterna som av allmänheten ansåg att risker "är något nödvändigt ont". Att risker är "ödesbestämda" ansåg en sex gånger större andel av allmänheten än av experterna. Risker som "mänsklighetens straff" ville ingen av experterna ställa sig bakom men väl fyra procent av allmänheten.

Allmänhetens uppfattningar går mer i Jerusalem-modellens fatalistiska riktning än experternas när det gäller ödesbestämmandet och mänsklighetens straff.

I det här sammanhanget är "syndabockssyndromet" värt att nämna. Risker kan blåsas upp, de får stå som symbol för mycket annat oönskat i samhället. Motsatsen är idoliseringen. I båda fallen handlar det om bristande sinne för proportioner.

Hur hantera risker?

"Tar man risker har man sig själv att skylla". Det ansåg en majoritet i båda grupperna; en större andel ändå av allmänheten än av experterna. Se tabell 8:3. "Det kan aldrig bli för dyrt att minska kemiska risker", ansåg åtta av tio av allmänheten men bara en tredjedel av experterna. Skillnaden är ungefär lika stor beträffande påståendet att "all kemikalieanvändning måste vara riskfri".

"Var och en måste själv bestämma vilka risker de vill ta" – det ansåg två tredjedelar av allmänheten men bara två femtedelar av experterna.

Är tanken att själv bestämma sina risker en illusion? – Valet sker inom bestämda gränser. Vi kan exempelvis välja bland det som står på hyllorna i livsmedelsaffären. Men vi väljer inte sortimentet.

En större del av allmänheten än av experterna anser att "man bör betrakta risker som en utmaning". Ingendera gruppen var särskilt benägen att instämma i påståendet att "politikerna vakar över riskerna så vi behöver inte oroa oss". I procentsatserna ingår de två positiva svarsalternativen "stämmer helt och hållet" och "stämmer ganska bra".

Tabell 8:3 Synsätt vad gäller risker

<i>Påstående</i>	<i>Allmänheten (%)</i>	<i>Experterna (%)</i>
Tar man risker har man sig själv att skylla	84	71
Det kan aldrig bli för dyrt att minska kemiska risker	81	35
All kemikalieanvändning måste vara riskfri	75	24
Var och en måste själv bestämma vilka risker de vill ta	66	43
Människor oroar sig i onödan över hur kemikalier kan påverka deras hälsa	32	40
Man bör betrakta risker som en utmaning	32	22
Politikerna vakar över riskerna så vi behöver inte oroa oss	3	0

Ökar riskerna?

På frågan, om livet i vår del av världen nu är mer eller mindre riskfyllt än det var för 20 år sedan, valde i det närmaste tre av fyra bland allmänheten (72 procent) alternativet "mer riskfyllt". Bland experterna hade bara var tredje den uppfattningen. Att livet är "mindre riskfyllt" nu ansåg bara sju procent av allmänheten men hela 35 procent av experterna.

Bättre levnadsförhållanden har medfört bättre folkhälsa. En rad vardagsrisker är reducerade. Men de immunologiska utmaningarna är stora, något som bl a speglas i att allt fler har allergireaktioner.¹⁵

Hälsohot och oro

"Vilka av följande tror du är de mest allvarliga hoten mot vår hälsa? Du kan nämna tre saker." Allmänheten ansåg att miljögifter, aids och narkotika är de största hoten. Experterna hade en annan uppfattning. Deras lista toppades av rökning, alkohol och övervikt. Skillnaderna är stora utom för "biverkningar av läkemedel" och "att sola i solarier", som få uppfattar som hälsohot. Se tabell 8:4.

Tabell 8:4 De allvarligaste hoten mot hälsan

Hälsohot	Allmänheten (%)	Experterna (%)
Miljögifter	66	20
AIDS	59	33
Narkotika	47	9
Kärnkraften	34	5
Kemikalier i livsmedlen	24	9
Biltrafiken	18	27
Rökning	17	65
Alkohol	16	65
Missbruk av läkemedel	7	5
Övervikt	6	36
Biverkningar av läkemedel	4	2
Att sola i solarier	1	0

Man kan konstatera att hälsoupplysarens uppgift är stor, inte minst om experternas uppfattning ska vara norm. När det gäller miljögifterna är det inte omöjligt att allmänheten gör en riktigare bedömning än experterna.

På frågan hur ofta man tänker på faror i tillvaron visade det sig vara signifikant fler bland experterna som ofta eller ibland tänker på att det kan vara farligt att åka bil. Signifikant färre av experterna säger sig ofta eller ibland tänka på att det finns hälsorisker i jobbet. Skillnaden speglar troligen olikheter i faktisk arbetsmiljö.

Källor för riskinformation

Vilken tilltro finns till skilda informationskällor? – Följande fråga ställdes: "Många tar aktiv del i den allmänna debatten om olika slags risker i samhället, de informerar på olika sätt och redovisar sina synpunkter på det som händer. Man kan lita olika mycket på vad de säger. Jag vill nu att du anger hur stor tilltro du har till var och en av följande." Allmänhetens rangordning blev, i fallande ordning: apoteken, hälso- och sjukvården, forskare, radioprogram, TV-program, fackpress, miljörörelsen, dagstidningar, myndigheter, hälsokoströrelsen, företag, politiker, kvällstidningar och veckotidningar. Experterna låg högre än allmänheten när det gäller information från fackpress och myndigheter och var påtagligt mer skeptiska till radio- och TV-program, hälsokoströrelsen och kvällstidningar.

Kvinnosyn respektive manssyn

Hur skilde sig kvinnor och män bland allmänheten när det gäller uppfattningarna om risker? – Fler kvinnor än män ansåg att livet i vår del av världen är mer riskfyllt nu än för 20 år sedan (84 respektive 60 procent). Fler kvinnor än män trodde att kärnkraften är ett av de mest allvarliga hoten mot vår hälsa (41 respektive 27 procent). Som helhet förefaller männen mer beredda att ta risker än kvinnorna är. Fler män än kvinnor betraktade risker som en utmaning (10 respektive fem procent). Bland kvinnorna tyckte 45 procent att det aldrig kan bli för dyrt att minska kemiska risker, mot 34 procent för männen.

Barnolyckor i Norden

För barn i Norden är olyckshändelser det största hälsoproblemet efter första levnadsåret. Fler barn dör av olyckshändelser än av någon annan orsak.¹⁶ Dessutom råkar cirka 10–15 procent av barnen ut för en mer eller mindre allvarlig skada till följd av olycksfall.¹⁷

Medan dödligheten i Norden till följd av barnolycksfall minskat med 46-59 procent åren 1971–85 förefaller de läkarbehandlade olycksskadorna att ha förhållit sig konstant sedan 1955 i relation till befolkningen.¹⁷ Det finns vissa skillnader mellan länderna. Sverige har färre olycksdödsfall än Danmark, Norge och Finland. Se tabell 8:5. Dödligheten ligger ca 30 procent lägre i Sverige.

Tabell 8:5 Dödlighet i barnolyckor i fyra nordiska länder 1971–85, procent

Olyckshändelser	DK	SF	N	S
Motortrafikolyckor	50	50	42	52
Drunkning	10	20	23	18
Andra olyckor	30	30	35	30
Summa	100	100	100	100
Genomsnittlig dödlighet per 100 000 barn 0–14 år	14,1	15,8	14,7	9,2

Källa: se not 17.

Påfallande är de internationella skillnaderna i risken för barn under sex år att omkomma som bilpassagerare. Den var mer än tre gånger högre i Frankrike och USA 1985–87 än i Sverige.¹⁷ Bidragande till den positiva bilden för Sverige kan vara att praktiskt taget alla sjukvårdshuvudmän lånar ut barnsäten för småbarn till bilar. Användningen av cykelhjälm är också stor bland svenska barn.

Hur fördelar sig barnolycksfall utan dödlig utgång på skilda lokaler? Hemmen ligger främst: 43 procent, följda av skolor 17 procent, trafiken 15 procent, sport 8 procent, friluftsliv 7 procent, lekplats 5 procent och barn-daghem 2 procent. Pojkarna överväger, 60 procent. Antalet allvarliga olyckor stiger med ökande ålder.¹⁷ Skolbarn mellan 13 och 15 år löper störst risk.¹⁶

Varför har Sverige försprång? Kanske till följd av en riskkultur där barn fos-tras till större försiktighet. En politisk vilja finns att prioritera risker för barn. Säkerhetsbestämmelser och åtgärder av skilda slag har genomförts. Tvärsektoriellt samarbete har byggts upp när det gäller bl a bostads- och tra-fikmiljö.^{18,19,20} Viktigt har varit eldsjälarna som inte funnit de tidigare dödlig-hetstalen godtagbara och som bl a använt lagstiftning för att driva fram för-ändringar.

Terapi och risker

Vilka risker kan anses acceptabla vid terapi? Frågan ställs av Glaser²¹ mot bak-grund av några exempel. Ett intravenöst anestesimedel som i vissa avseenden hade överlägsna egenskaper betraktades som oacceptabelt eftersom skador uppträdde i ett fall på 1000. Samtidigt: 120 patienter som besvärades av fetma genomgick tarmoperation som ledde till att fem dog och 35 fick långva-riga leverskador. Avsevärd viktninskning kunde dock noteras. Forskarna fram-håller att flertalet av patienterna varit "nöjda". Men om det gällt ett nytt läke-medel är det givet att fem dödsfall på 120 behandlade patienter skulle ha lett till att läkemedlet dragits in.

Kunskapsolikheter förklarar bara en liten del av olikheterna i synen på ris-ker. Inställningen kan också förändras under resans gång till följd av nya erfa-renheter. Vi får leva med att vissa godtar en risk medan andra inte gör det. Viktigt är att den informerade patienten så långt möjligt själv får vara med i beslutsprocessen, inom ramen för den etik och den prioritering som gäller.

Riskproblematiken inom vården har varit i fokus inte minst när det gäller hjärtklaffar av fabrikat Shiley. Klaffarna, som tillverkades av titan, hade vid prov och på plats visat sig kunna krackelera och brista. Trots denna vetskap fortsatte inoperationen bland köande patienter. Var det en acceptabel risk? Borde patienterna ha informerats? Om inte operationen gjordes fanns risk att patienterna skulle dö relativt snart.

Under rättegångar på 1970-talet aktualiserades frågan om en produktkon-trollbyrå borde tillskapas för material som inopereras i "reservdelsmännis-kan". Någon sådan byrå eller kontroll finns ännu (1993) inte. Fortfarande går också patienter som har Shiley-klaffar med en oro att dessa när som helst kan sluta att fungera. Bör de omopereras? – Principen är att risken att låta patien-terna ha kvar sina klaffar får anses acceptabel, mot bakgrund av att regel-bundna specialkontroller av klaffens funktion görs. Omoperation utförs bara vid akut svikt. Att opåkallat utsätta dessa patienter, som nu har blivit betydligt äldre, för de risker som en omoperation skulle innebära, har ansetts äventyrlig-are än att avvakta.

Aristoteles eller Platon?

Det goda livet är det fredade där människan lever oåtkomlig för slumpen eller ödet. Det synsättet tillskrivs Platon. Aristoteles hade en annan uppfattning. Han menade att det goda livet är den verklighet där risk och osäkerhet, kon-flikter och motsättningar existerar. Varje engagemang innebär att ta risker.

Hälso- och sjukvårdens verklighet står närmare Aristoteles bild än Platons.

Samtidigt bär många riskbefrielsens dröm som ideal – alltmer ouppnåelig ju mer omvärlden kryper in på oss.

Vår tillvaro är osäker. Detta gör de existentiella frågorna, vår relation till det okända, brännande. Därmed ställs också tillräckligheten i det bio-mekaniska synsättet, med dess nedtoning av tillvarons andliga dimensioner, ifråga. För många människor är den bräckliga fysiska tillvaron inte nog.

En vanlig uppfattning bland allmänheten är att riskerna i samhället ökar. Det finns, som vi konstaterat, stora skillnader i synen på vad som ska betraktas som risk, riskfyllt och farligt mellan dels allmänhet och fackmän, dels män respektive kvinnor. För den som ser det som viktigt att skapa relationer av tillit är sådana skillnader intressanta, oavsett vad som kan ligga bakom.

Exemplet barnolyckor i Norden visar att det är möjligt att minska dödligheten genom målmedvetna insatser. En förutsättning är att dagens riskläge inte betraktas som acceptabelt.

Den centrala framtidsfrågan handlar om tillit, om mod att se möjligheter trots farorna i en situation där pessimismen kan vara det större hotet: "Här är en oro som ligger över gränsvärdet". Den största risken ligger i människornas handlande mot andra levande varelser och därmed, i förlängningen, mot sig själva.

Riskstrategi

"Risk" har att göra med sannolikheten att en icke önskad händelse ska inträffa och med konsekvenserna därav. Mänsklig aktivitet av snart sagt vilket slag som helst innebär risker. De ökar eller minskar till följd av människors beslut och handlingar, individuella såväl som kollektiva.

Verksamhet som innebär större risker måste vara försvarbar. Fördelarna bör överstiga nackdelarna. Inom givna ramar bör riskskyddet vara så gott sig låter göras.

Att uppskatta risker innebär att ta hänsyn till såväl sannolikhet som konsekvens. Riskvärdering har att göra med den villighet som finns att acceptera risker. Riskbedömning har en kvantitativ och en kvalitativ aspekt. Medan tekniker brukar betona den kvantitativa aspekten lyfts den kvalitativa aspekten fram av exempelvis miljöaktivister. Viktigt är att skapa förutsättningar för dialog mellan skilda professioner och grupper. Dialog är angelägen inte minst med hänsyn till att de som skapar riskerna och de som bär konsekvenserna i många fall hör till olika kategorier.

De skador som en oönskad händelse för med sig uppstår i många fall först i längre tidsperspektiv. Därför måste inte bara de omedelbara riskerna för de mest exponerade beaktas i den totala riskbedömningen. De sammanlagda skadorna likaväl som möjligheterna måste med. Varje relevant källa och metod som kan ge kunskapsbidrag måste beaktas.

Vissa skador till följd av exponering är omöjliga att undvika. Man kan då tala om *deterministiskt* inträffade skador. Andra skador uppträder mera slumpartat. Man kan då tala om *stokastiskt* inträffade skador. Dit hör exempelvis olyckshändelser.

När det gäller deterministiskt inträffade skador kan bestämda gränsvärden markera gränsen mellan vad som ska anses som "farligt" respektive "ofarligt".

Det är viktigt att sådana värden bestäms som skydd för individ och samhälle.

När det gäller stokastiskt inträffade skador är sambanden diffusa. Det som inte är farligt i deterministisk bemärkelse är inte nödvändigtvis ofarligt i stokastisk bemärkelse.

Gränsen mellan deterministiskt och stokastiskt är inte självklar. Också för forskaren kan det vara svårt att vid en given tidpunkt få klart för sig om en skada har inträffat deterministiskt eller stokastiskt. Många sjukdomar, t.ex. infektioner, som man förr trodde inträffade stokastiskt, vet man med dagens kunskap att de inträffar deterministiskt. Sambandsanalyser över lång tid är till hjälp vid analys. Exempel är de skador som tobaksbruket för med sig.

Politiskt, administrativt och forskningsmässigt är det angeläget att minska onödiga risker. Samtidigt observeras att det finns människor som har särskilt stor benägenhet för risktagande beteende och som medvetet söker situationer med hög risk.

Att informera om risker innebär pedagogiska problem. Ett sådant är hur skillnaden mellan deterministiskt och stokastiskt ska kunna förstås.

Vad som vid en given tidpunkt är acceptabel risk har samband med kunskaperna, med samhällsvärderingarna och med maktstrukturerna. Därmed är frågan kontroversiell. Vad en person betraktar som acceptabel risk baseras i stor utsträckning på annat än "objektivt" underlag. För ökade insikter om de psykologiska processer som ligger bakom måste riskproblematiken placeras i en social och kulturell föreställningsram.

Diskutera

1. "Risker hör till själens viktigaste behov". Stämmer det med Din uppfattning?
 2. Det finns positiva risker och det finns risker utan glamour. Det finns risker som kan undvikas och det finns risker som inte kan undvikas. Ge exempel.
 3. Oenigheten är stor mellan skilda bedömare när det gäller samma slags faror. Människor oroar sig för helt olika saker i likartade situationer. Varför?
 4. Ökar eller minskar riskerna i vår värld?
 5. Hur kan risker bestämmas?
 6. Finns ett växande främlingskap mellan riskskaperna och riskmottagarna? Motivera!
 7. Det finns många motiv för att acceptera risker: låt-gå-mässiga, marknadsindividualistiska, ömsesidighetsmotiv och hierarkiska motiv. Vilka anser Du vara de viktigaste? Varför?
 8. Allmänheten och experterna bedömer vissa risker olika. Ge exempel. Vilka faktorer kan ligga bakom?
 9. Vilka anser Du vara de allvarligaste hoten mot hälsan?
 10. Vilka källor för information om risker anser Du mest trovärdiga?
 11. Kvinnor och män ser i viss mån olika på risker. Vilka faktorer kan ligga bakom?
 12. Hur vill Du förklara skillnaderna i genomsnittlig dödlighet till följd av olycksfall för barn i de nordiska länderna? – Vad kan göras?
 13. Varför har förhållandevis 3,5 gånger fler barn dött som bilpassagerare i Frankrike och USA i jämförelse med Sverige?
 14. Skissera en framtidsstrategi för att minska skador till följd av trafikolyckor.
-

Litteratur

- ¹ Kahneman, D., Slovic, P. och Tversky, A., *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*, New York: Cambridge University Press, 1982.
- ² Douglas, M. och Wildavsky, A., *Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*, Berkeley: University of California Press, 1982.
- ³ *Risk assessment in the federal government: Managing the process. Committee on the Institutional Means for Assessment of Risks to Public Health*, Commission on Life Sciences. National Research Council, Washington: National Academy Press, 1983.
- ⁴ Sjöberg, L. (red), *Risk och beslut*, Stockholm: Liber Kontenta, 1982.
- ⁵ Freudenburg, W.R., "Perceived risk, real risk: Social science and the art of probabilistic risk assessment", *Science*, 1988; 242, 44–49.
- ⁶ Weinstein, N., "Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility", *Health Psychol*, 1984;3, 431–457.
- ⁷ Page, B.J., Shapiro, R.Y. och Dempsey, G.R., "What moves public opinion?", *American Political Science Review*, 1987; 81, 23–43.
- ⁸ Griffiths, R.F. (red), *Dealing with risk. The planning, management and acceptability of technological risks*, Manchester: Manchester University Press, 1981.
- ⁹ Starr, C., "Social benefit versus technological risk – what is our society willing to pay for safety?", *Science*, 1969;165, september, 1232–1238.
- ¹⁰ *Att jämföra risker*, Information och rekommendationer från Riskkollegiet, Stockholm: Riskkollegiets skriftserie, 1991.
- ¹¹ Möller, G., *Risker och människolivets värde, en etisk analys*, Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala Studies in Social Ethics, 1986.
- ¹² *Risikanalys*, IVA-rapport 83, Stockholm: Ingeniörsvetenskapsakademien, 1976.
- ¹³ Pedersen, T.O., "Risikovariationer i og utenfor transportområdet: Vi dør av de små ulykker, men frykter de store katastrofer", *Samferdsel*, 1983;6, 26–28.
- ¹⁴ Lindén, H.H., Busch, K., Borgenhammar, E. och Malmfors, T., "Experter och lek-mäns syn på risker och riskinformation i samhället", *Svensk Farmaceutisk Tidskrift*, 1989;90.1, 18–24.
- ¹⁵ Meding, B., *Epidemiology of hand exzema in an industrial city*, Göteborg: Göteborgs universitet, 1990 (Diss).
- ¹⁶ Köhler, L. och Jakobsson, G., *Children's health in Sweden*, Stockholm: Socialstyrelsen, 1991.
- ¹⁷ Lund, J., *Barneulykker i de nordiske land, forskjellig risikokultur?*, Oslo: Statens Institutt for Forbruksforskning (SIFO), oktober 1990 (mimeogr).
- ¹⁸ Köhler, L. och Jacobson, H., *Traffic and children's health*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1987.
- ¹⁹ *Barnets totala trafikmiljö*, Oslo: Nordiska Ministerrådets sekretariat, 1980.
- ²⁰ Berfenstam, R. och Köhler, L. (red), *Methods and experience in planning for accident prevention*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1983.
- ²¹ Glaser, E.M., "Acceptable and unacceptable risks", *British Medical Journal*, 1977; 15 oktober, 1028–1029.

9. Sjukvårdens nivåer

*Patientens krav och rättigheter 155 • Vägar till
vården 158 • Sjukhus av olika slag 162
• Diskutera 166 • Litteratur 166*

Vart kan allmänheten vända sig med sina hälsoproblem, sin krav och önskemål? Vilka är vägarna till vården?

Så mycket som möjligt bör ombesörjas på "lägsta effektiva omhändertagandenivå", den så kallade LEON-principen. Detta är den grundläggande principen. De högt kvalificerade resurserna bör användas för de mest komplicerade fallen.

Patientens krav och rättigheter

Vad begär patienten av hälso- och sjukvården? Några av kraven kan sammanfattas i följande punkter.

- Hjälp att fastställa eventuell sjukdom och orsak till besvären.
- Hjälp att om möjligt återfå hälsa eller så bra tillstånd som möjligt.
- Hjälp att leva med kronisk sjukdom.
- Omhändertagande vid akuta och livshotande sjukdomar och tillstånd när som helst under dygnets 24 timmar, vardag som helgdag, året om.
- Rimliga väntetider för att komma till hälso- och sjukvården.
- Måttlig väntan från det att ett behov anmäls till undersökning och behandling.
- Begriplig information.
- Tid för samtal med läkare, sjuksköterska, kurator, sjukgymnast och annan personal.
- Högklassig vård, det vill säga så liten risk som rimligen kan förväntas. Korrekt diagnostik och behandling, ingen onödig vårdtid och minsta obehag.
- Godtagbar service, möjlighet till kontakt med anhöriga, korrekt bemötande, tillfälle till förströelse vid inläggning och näringsriktig förtäring.
- Information om vad man kan göra själv för att lindra besvär, förebygga framtida ohälsa och främja god hälsa.

En känslig situation

Varje patient har rätt till hänsynsfull och human vård och korrekt bemötande. Patienten ska informeras om vilken läkare som är ansvarig för vården. Det hör till god ton att personalen presenterar sig. Om patienten inte själv har möjlig-

het att ta till sig information som gäller diagnos, behandling och prognos bör den lämnas till lämplig person på patientens vägnar. Den information som ges bör vara så fullständig att patienten kan ta ställning till att medgiva eller avstå från åtgärd. Utom vid olycksfall ska informationen inkludera men inte nödvändigtvis begränsas till den särskilda åtgärden eller behandlingen; också risker och prognos. Patienten är i princip tillförsäkrad rätten att ta del av sin journal. Denna får utlämnas till utomstående endast efter patientens medgivande.

Kravet på diskretion angående patientens situation är viktig. Varje falldiskussion, konsultation, undersökning och behandling måste ske med detta i minne. De som inte är direkt inkopplade i vårdarbetet måste ha patientens medgivande för att få närvara. När det är tillrådligt kan patienten överföras till annan institution, dock först efter information och förklaring angående nödvändigheten. Den institution till vilken överförande sker måste först ha accepterat detta. Patienten har rätt att bli informerad om man har för avsikt att utföra experiment som påverkar behandling och vård, och har rätt att avvisa deltagande i forskningsprojekt.

Patienten har rätt till skälighetskontinuitet i vården, likaså till information om rutiner, regler och bestämmelser. En viktig förutsättning för att kraven ska kunna tillgodoses är att det finns respekt för patienten som individ. Ansvarskänsla, samvete, hänsynsfullhet och god vilja måste finnas om intentionerna ska kunna förverkligas.

Diskussionen om "rätten till vår död" har inneburit kritik mot en sjukvård som blivit så avancerad att patientens liv uppehålls med artificiella medel också när allt hopp om bättring är ute. Mot denna kritik kan invändas att ett tummande på principen att göra det yttersta skulle kunna leda till missbruk. Det är väsentligt att det finns förtroende för vårdinstitutionerna. Samtidigt får man vara medveten om att risken för övervård blir ett alltmer brännande problem efter hand som den medicinska tekniken utvecklas.

Den som söker sjukvård är i många fall ängslig över sjukdomstecknen och vad en undersökning ska avslöja. En sjukhusvistelse kan vara en obehaglig erfarenhet. Kanske gäller oron smärtsamma undersökningar eller frågor som är svåra att ge svar på. Bekymren kan också gälla familjen och ekonomin. Kommer jag att klara arbetet, fritidsaktiviteterna, de sociala relationerna och samlivet? Hjälplosheten hos den som varit van att klara sig själv men blivit beroende av andra bidrar till känslan av att vara utlämnad. Ängslan kan vara ett hinder för vården och i vissa fall ett större problem än sjukdomen i sig själv. Ett arabiskt uttryck kan illustrera: "Pesten tog sina tusen offer, men skräcken för pesten sina tio tusen".

En patient är i de flesta fall upptagen av tankar på sig själv. Det är naturligt och kan vara positivt på så sätt att kännedomen om den egna situationen ökar. Men självupptagenheten innebär en tendens till överkänslighet för ord, tonfall och beteenden. Att finna sysselsättning och förströelse kan därför vara angeläget. Personalen vid sjukhusbiblioteket och arbetsterapien fyller här en aktiverande uppgift vid sidan av den egentliga vårdpersonalen.

En särskilt känslig grupp är barnen. Psykologiskt kan en sjukhusvistelse vara mycket påfrestande. Det finns barn som inte klarar av situationen utan utvecklar symtom. I många fall finns rädslan för ensamheten. Där saknas van-

liga rutiner. Där finns smärta och obehag. Problemen har fått allt större uppmärksamhet, och det är inte ovanligt att en förälder numera finns med under sjukhusvistelsen.

Klaga – vart?

En sjukvårdsinstitution har en form av monopolställning gentemot individen i de fall det finns ett givet betjäningsområde utan valmöjlighet. Även om speciella önskemål om val av sjukhus eller läkare kan tillgodoses innebär tendensen till monopol ett särskilt ansvar.

På vilka sätt kan patienten göra sina krav och önskemål gällande gentemot hälso- och sjukvården? Den som inte är tillfreds kan vända sig till avdelningsföreståndare, patientansvarig läkare, överläkare, chefsöverläkare, sjukhuschef, sjukvårdsdirektör, förtroendenämnd eller annan politisk instans. Den som klagar har rätt att vänta sig att det berättigade i klagomålen utreds. Om så erfordras ska åtgärder vidtas och information föras vidare till den som klagat. Anmälan kan också ske till Konsortiet för patientförsäkring.

Patientförsäkringen har funnits sedan 1975. Den omfattar patienter i öppen vård likaväl som på sjukhus. Offentlig och privat tandvård ingår. Läkemedelsförsäkringen infördes 1978. Båda är en form av ansvarsförsäkring som grundas på hälso- och sjukvårdens samt läkemedelsföretagens åtagande. Försäkringarna omfattar skador till följd av vad som inträffat i vården eller som kan relateras till läkemedel. De innebär ett visst ekonomiskt skydd för den som har råkat ut för skada.

Det speciella för dessa försäkringar är att patienten kan klaga utan att rikta kritik mot någon särskild person. Hälso- och sjukvårdspersonal löper knappast risk för åtal eller otrevlig publicitet i ett sådant system, till skillnad mot det amerikanska. Försäkringen kan också ge information om medicinska riskfaktorer, något som kan vara till nytta för forskning, utbildning och prevention.¹

Om patienten anser sig ha behandlats försumligt, oförståndigt, oskickligt eller med okunnighet om gällande föreskrifter går det att vända sig till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Om klagomålen anses berättigade kan varning eller erinran bli följden. Så sker i ett begränsat antal fall. Är felet svårare eller har personalen inte låtit rätta sig av disciplinär åtgärd kan åtal väckas.

Klagomål till skilda instanser är inte vanliga. När de förekommer gäller de framför allt långa väntetider till vård eller bemötandet. Att klagomålen är så begränsade kan ha samband med att den stora gruppen av patienter är nöjda med vården, att de anser det inte vara någon idé att klaga eller att de inte vet hur det går till eller inte vill eller vågar.

Att informationen till patienten om exempelvis läkemedel eller åtgärder i många fall har varit bristfällig framgår av olika undersökningar.

I en studie från England intervjuades 100 patienter vid kirurgiska avdelningar på ett undervisningssjukhus av utomstående intervjuare två till tre dagar efter genomgången operation.² Patienterna var fullt medvetna

om att de hade opererats, men 27 visste inte i vilket organ. Så många som 44 personer visste inte vad operationen innebar. Patienter som var äldre än 60 år hade sämre kunskap om ingreppet än yngre patienter. Resultaten stämmer med erfarenheten att yngre är mer angelägna att få information och delta i beslut som gäller hälsan.

Vägar till vården

Principiellt kan en uppdelning göras mellan *horisontella* och *vertikala* åtgärder för hälsa och välbefinnande. De "horisontella" handlar om egenvård och vård i familj eller annan närgrupp och genom sociala nätverk. De "vertikala" kan gälla dels socialtjänstens hemvård och sjukhusvård, dels den öppna och slutna primärvården, dels sekundärvård i form av länsdelssjukhusens och länsjukhusens vård samt dels tertiärvård, alltså högspecialiserad regionsjukvård.

Vårdnivåer

En engelsk lärobok i folkhälsovetenskap ger översiktliga tumregler för vårdnivåer och populationer.³ Egenvården och vården i det lilla nätverket är det grundläggande. Familjegruppens population kan gälla något tiotal personer. Här utförs den volymmässigt största delen av vård och omsorg. Vardagsomsorgen anses svara för 65 procent av timmarna och den offentliga omsorgen för 35 procent.⁴ Anhörigvården har i en omfattande studie av svenska åldringar visat sig vara den viktigaste omsorgskällan.⁵

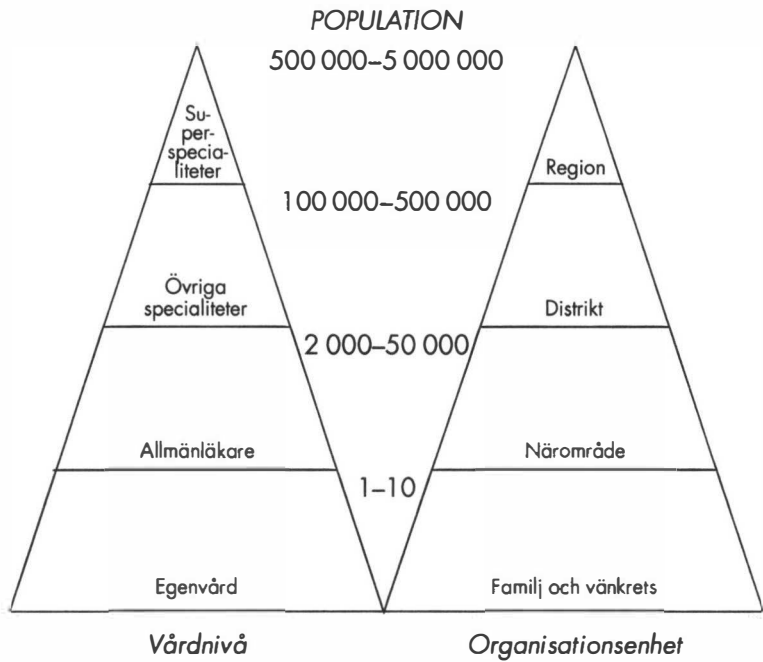
En klassisk undersökning visar att av 1 000 vuxna sade 750 att de besvärats av en eller flera sjukdomar, skador eller symtom under en månad. Av dessa besökte 450 läkare. Fem remitterades till specialist. Nio lades in på sjukhus, en på universitetsklinik.⁶

En dansk studie som omfattar 40-åringar visar att av 1 000 personer hade 720 råkat ut för sjukdom eller olyckshändelse under ett år.⁷ 640 hade kontaktat allmänläkare, 230 specialist och 105 lagts in på sjukhus. 780 besökte tandläkare, 100 behandlades av sjukgymnast, 33 av kiropraktor, åtta sade sig besöka naturläkare och fem hade hembesök av distriktssköterska. För liknande data från en norsk avhandling, se kapitel 4, "Ohälsa igår, idag och imorgon".

Familjeläkeriets vårdnivå kan gälla populationer om 2 000–50 000 personer medan specialister kan behöva 100 000–500 000 i sitt distrikt. För regionsjukvårdens superspecialister kan krävas mellan 500 000 och 5 miljoner invånare. Se figur 9:1.³

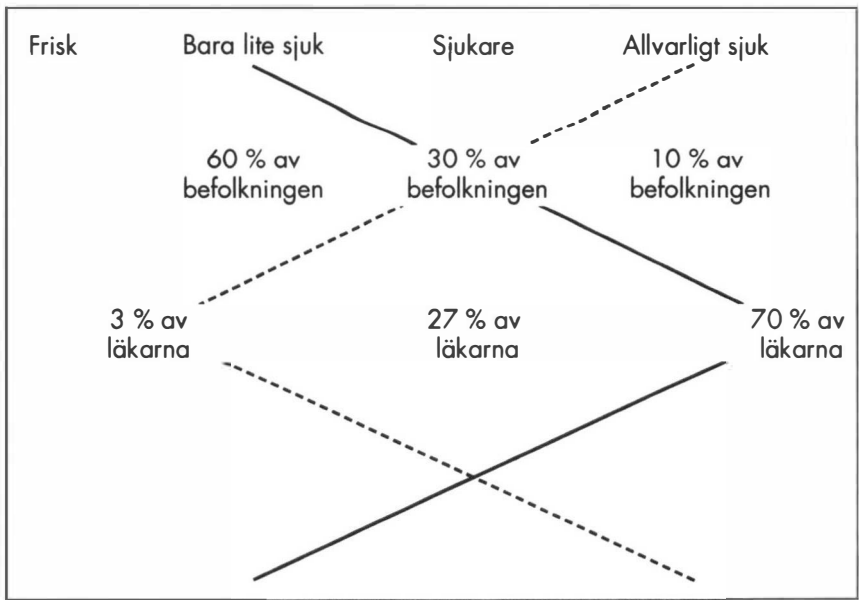
Begreppet "vårdkilen" illustrerar att en liten del av befolkningen, uppskattningsvis 10 procent som råkar ut för något allvarligt under ett år, kräver kanske 70 procent av läkarkapaciteten. På den andra ändan av "kilen" finns 60 procent av befolkningen, med relativt måttliga besvär. De lägger beslag på bara ca tre procent av läkartiden. Mellan de här båda grupperna finns en som omfattar ca en tredjedel av befolkningen och som får i det närmaste motsvarande del av läkartiden.⁸ Se figur 9:2.

Figur 9:1 Vårdnivåer och populationer



Källa: Se not 3.

Figur 9:2 "Vårdkilen"



Källa: Se not 8.

Att hitta rätt

Många vägar leder till vården. För en del kan det vara svårt att hitta rätt. På flera håll står en *sjukvårdsupplysning* till tjänst dygnet runt med telefonsvar på olika frågor. En *läkarjour* kan svara för *hembesök* hos akut insjuknade som inte lämpligen kan transporteras till sjukhus, vårdcentral eller privatläkare. *Distriktssköterskor* företar hembesök och lämnar upplysningar om sjukvårdsfrågor. Särskilt när det gäller patienter med infektionssjukdomar, barn, åldringar och patienter med socialmedicinska problem är hembesöken viktiga. Ont i ryggen kan ha samband med en dålig säng, men det vet läkaren på vårdcentralen eller sjukhuset kanske inget om. Utbyggd hemsjukvård för gamla förutsätter att läkare och distriktssköterska kommer till patientens bostad.

Genom *hälsoundersökningar* är avsikten att tidigt fånga upp misstänkta eller klara sjukdomsfall. Förr var skärmbildsundersökningar för lungtuberkulos vanliga. De gynekologiska hälsoundersökningarna och mammografierna är aktuella exempel. Den så kallade fyraårskontrollen av barn, barnavårdscentralernas arbete och skolhälsovården anses vara framgångsrika exempel, som dock gäller "den friskaste befolkningen". Generellt observeras ökande skepsis mot allmänna hälsoundersökningar. De riktade anses mera meningsfulla.

För en blivande moder är kontakten med *mödravårdscentralens* hälsovårdande verksamhet naturlig, såvida inte *privatpraktiserande läkare* eller barnmorska väljs. Syftet är att förebygga uppkomsten av sjukdomar och tillstånd av otillräcklighet. När förlossningen är över går meddelande från BB-avdelningen till mödravårds- och barnavårdscentral så att uppföljning kan ske. Barnavårdscentralens eller vårdcentralens sjuksköterska företar också hembesök för att bekanta sig med barnets hemförhållanden.

När en allmänläkare inte har erforderliga resurser för diagnosticering eller behandling skrivs remiss till *öppna mottagningar (polikliniker)* vid sjukhus eller i vissa fall till sjukhusens *akutmottagningar* för ställningstagande.

Bör varje patient först vända sig till primärvårdsläkare vid vårdcentral (familjeläkare, husläkare) eller privatpraktiserande läkare och inte gå direkt till sjukhus eller specialist? När det kravet ställs finns en "planhushållningsambition" bakom lika väl som när patienten "tillhör" en viss vårdcentral. Valfriheten är dock större och skälen mer logiska. Det måste anses viktigt att patienten har en fast relation till en läkare som han eller hon känner förtroende för och som har kunskap om individens hälsotillstånd. För den som har kronisk sjukdom kan dock specialisten vara den naturliga anknytningspunkten.

I en undersökning vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg har Leif Berggren ställt frågor till ca 2 000 läkare med olika specialinriktning i Sverige, Danmark, Island, Norge och Finland. En fråga löd: "Vad anser Du om följande påstående. Det är önskvärt att alla patienter utom svårare fall först bedöms av en allmänläkare." Fyra svarsalternativ gavs, "instämmer tveklöst", "instämmer med tvekan", "avfärdar med tvekan" och "avfärdar tveklöst". Tabell 9:1 är en procentuell sammanställning av de båda positiva svarsalternativen.

I Danmark, Island och Norge finns en relativt väl etablerad kår av allmänläkare med grundad identitet. I Sverige har barnläkaren kommit att fungera som något av barnens allmänläkare, och bara var fjärde pediater ser det som önsk-

Tabell 9:1 Allmänläkare som "grindvakt"

	Positiva svar, procent, från				
Läkarkategori	Sverige	Danmark	Island	Norge	Finland
Allmänläkare	75	96	95	90	69
Pediater	24	72	58	53	67
Gynokologer	33	62	47	84	48
Psykiater	66	76	65	78	62

värt att rollen överges. Förhållandet är likartat när det gäller hur gynekologen ser på sin roll i Sverige. När det gäller psykiaterna i de nordiska länderna är överensstämmelsen god: två tredjedelar till tre fjärdedelar anser att allmänläkaren bör ta hand om enklare fall.

Påståendet "Att först söka vård hos allmänläkare innebär en risk för fördröjning av rätt diagnos och adekvat terapi även i allvarliga fall" fick följande positiva svar, i procent. Se tabell 9:2.

Tabell 9:2 Risk för läkarorsakad försening

	Positiva svar, procent, från				
Läkarkategori	Sverige	Danmark	Island	Norge	Finland
Allmänläkare	6	1	7	7	10
Pediater	38	27	53	38	33
Gynokologer	34	35	67	35	43
Psykiater	23	18	30	11	30

Allmänläkarna anser i väsentligt lägre grad än övriga att "doctors' delay" skulle utgöra en risk vid genomförd "grindvaktsfunktion". Överensstämmelsen länderna emellan är relativt god.

Tabell 9:3 Är det fria läkarvalet viktigast?

	Positiva svar, procent, från				
Läkarkategori	Sverige	Danmark	Island	Norge	Finland
Allmänläkare	36	64	26	38	47
Pediater	69	60	100	47	55
Gynokologer	73	69	91	56	77
Psykiater	50	72	68	47	76

Bör principen om patientens fria läkarval väga tyngre än behovet att styra patientströmmen? Här finns en skillnad mellan å ena sidan allmänläkarna och å andra sida övriga specialister: de senare är mer positiva. Se tabell 9:3.

För många överlappande system?

Företagshälsovården ligger i stort sett utanför den offentliga hälso- och sjukvårdens organisation, även om den till stor del tidigare finansierats med offentliga medel. Både enskilda företag och offentliga institutioner har byggt upp verksamhet inom detta område. Frågan har dock ställts hur många mer eller mindre överlappande vårdssystem som det är rimligt att upprätthålla i samhället.

I storstäderna är andelen privatpraktiserande läkare relativt stor medan de inte återfinns i glesbygd. Mottagningar finns av flera slag. *Läkarhusens* grupp-mottagningar innebär att specialistkompetenta läkare delar organisation och service. En stor del privatläkarbesök sker dock vid mottagningar för praktiserande läkare som arbetar självständigt. En del av dessa är heltidssysselsatta med sådan praktik. Andra bedriver mottagningar under fritid, vid sidan av anställning på sjukhus eller vårdcentral. Detta förekommer särskilt i storstadsområdena.

Finns risk att äldre övervårdas och passiviseras? Vissa data pekar i den riktningen. En studie visar att 30 procent i åldersgruppen 75–84 år själva brukar städa, men 53 procent anser att de skulle kunna. I åldersgruppen 85 och äldre var motsvarande siffror 13 respektive 27 procent.⁹

Sjukhus av olika slag

Mindre sjukhus

Odelade lasarett var vanliga förr. Där fanns ingen uppdelning av patienterna i medicin och kirurgi. Läkaren arbetade utifrån bredast möjliga kunskapsfält. Den verksamheten är i stort sett under avveckling som sjukhusform i Sverige.

Specialsjukhus fanns tidigare för exempelvis epidemiska sjukdomar, förlossningsvård, barnsjukvård, vanförevård och TBC-vård. Numera bedrivs denna verksamhet i regel vid särskilda kliniker på länssjukhus.

De traditionella *mentalsjukhusen* håller på att gå samma öde till mötes som lungsanatorierna. De har blivit färre och mindre. Verksamheten har flyttat in i de vanliga sjukhusen eller ut i samhället och inkorporerar nya synsätt och bredare angreppssätt på problemen.

Hospices är en form för vård i livets slutskede som fått utbredning bl a i England, USA och Kanada. I England drivs nio av tio i privat regi. Vad som görs för patienterna är humanitärt betingat: smärtlindring och medmänsklighet. Det kräver att personalen är varmt engagerad, också att den inte väjer inför existentiella frågor. På senare tid har denna vårdform utvecklats till att allt starkare betona hemsjukvård som en viktig del i arbete. Hospicetanken har haft svårt att slå rot i de nordiska länderna. Ett av de positiva exemplen är helhetsvården vid Bräcke Västergård i Göteborg.

Länsdelssjukhusen, de mindre lokalsjukhusen, har delvis ifrågasatts, bl a i utredningar om hälso- och sjukvård inför 1990-talet. En föreslagen 25-procentig nerdragning av totala antalet vårdplatser skulle särskilt gå ut över dessa. Småsjukhusen har kritiserats för att de med sina begränsade resurser skulle innebära större risker för patienterna. Det gäller exempelvis de små förlossningsenheterna. På stora sjukhus finns gynekolog, barnläkare och anestesilog dygnet runt, samt ultraljudsövervakning.

Finland har behållit en förhållandevis stor del av sina små sjukhus. Vid dessa finns vanligen inte den avancerade högteknologi som blivit standard i Sverige. Är nyföddhetsdödligheten högre där än i Sverige? Tillgänglig statistik ger inget stöd för ett sådant antagande.

Större sjukhus

Akutsjukhusen har blivit färre och större. År 1960 fanns i Sverige 52 kroppssjukhus som hade mindre än 200 vårdplatser för korttidsvård. Tjugo år senare fanns endast nio kvar i den storleksgruppen. Samtidigt dubblerades antalet sjukhus med fler än 600 vårdplatser. *Länssjukhuset*, centrallasarettet, ska tillhandahålla den mest specialiserade och resurskrävande sjukvården på länsplanet. Antalet vårdplatser har som helhet kunnat minskas de senaste åren.

Länssjukhusen har överdimensionerats. Uppdelningen av vårdplatser på kliniker hindrar i åtskilliga fall flexibel användning efter växlande behov. Systemet med givna vårdplatser som ska höra till en bestämd specialitet står under diskussion. Vårdplatser kan utnyttjas på helt andra sätt. Mycket av det som Lewis Thomas¹⁰ kallar "non-technology", alltså omvårdnaden på vårdavdelningen, är inte specifik för olika medicinska specialiteter. Allvårdsavdelningar kan vara en möjlighet. Det finns inte något specifikt reumatologiskt eller neurologiskt "liggande", inte heller allergologiskt eller endokrinologiskt. Budgetsystem för "självständiga kliniker", vilket blivit populärt under senare år, tenderar att låsa fast den nuvarande strukturen, även om det ligger en lovvärd tanke om decentralisering bakom. Inför framtiden krävs en mera flexibel användning av sjukhusens vårdplatser.

Regionsjukhusens vård är avsedd för det fåtal patienter som erbjuder speciellt svårbemästrade problem, sådana som kräver samverkan mellan högt utbildade specialister. I många fall fordras också särskild utrustning som är dyrbar och svårskött. Till regionsjukvårdens arbetsområde hör sjukdomstillstånd som uppträder så sällan att man inte får erfarenhet på länsnivå av hur de bör behandlas.

Några få procent av vårddagarna som helhet gäller regionsjukvård. Variationerna är stora mellan olika landsting i hur mycket regionsjukvård de använder.¹¹ Hur omfattande regionsjukvården behöver vara beror bl a på vilka resurser som finns inom länssjukvården. Genomgående har landstingen strävat efter att öka antalet medicinska verksamhetsområden i egen sjukvård. Det har gått ut över regionsjukvården.

När läkare som specialistutbildats vid regionsjukhus får ledande befattningar vid mindre sjukhus har de sitt kunnande med sig. Om tekniska och

resursmässiga förutsättningar funnits lokalt har de ofta inte ansett det nödvändigt att remittera. Att vårda patienterna lokalt har också bedömts främja sysselsättningen på orten och ekonomin.

Regionvårdsutredningen¹² angav vilken verksamhet som skulle reserveras för de högspecialiserade sjukhusen. Där fanns kardiologi, reumatologi, barnkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi, radioterapi, klinisk fysiologi, thoraxkirurgi och oral kirurgi. Hudsjukvård, urologi och neurologi skulle också räknas dit men kunde dessutom finnas på länssjukhusen.

Mycken kritik har riktats mot regionvårdsutredningens normtal för antalet vårdplatser inom olika länsspecialiteter per 1 000 invånare: allmän kirurgi 1,3–1,4; intern medicin 1,4–1,5; gynekologi 0,3–0,4; obstetrik 0,5; öronsjukdomar 0,15–0,19; ögonsjukdomar 0,12; pediatrik 0,3; ortopedi 0,3–0,4; kronikervård 3,0–3,5 i storstad; tuberkulosvård 0,4; epidemivård 0,3 och lasarett psykiatri 0,3. Tillsammans med de "allmänna platserna" 0,2, kom man upp till 8,6 à 9,5 vårdplatser per 1 000 invånare. Härtill kom 6,8 vårdplatser för "sinnessjuka och psykiskt efterblivna". Inga mer sofistikerade beräkningsmetoder låg bakom. I stället var utgångspunkten hur det såg ut i landsting som ansågs "progressiva". Normtalen har drivit upp platsantalet, i många fall långt över vad som i dag anses nödvändigt.

Användningen av vårdplatser inom regionspecialiteterna har blivit mindre än som förutsattes för 35 år sedan. Också för framtiden kan en minskning väntas ske. Däremot kan konsultationerna och den öppna vården komma att öka. Likaså kan regionsjukhusens roll i fråga om rådgivning till läns- och länsdelsjukhus samt efterutbildning och forskning öka.

Ska ett länssjukhus behandla tillstånd utan att ha möjlighet att ta hand om eventuella komplikationer? Vid centrallasarettet i Karlskrona behandlades en patient med perkutan transluminal angioplastik för förträngning av njurartär. Den antogs ligga bakom ett alltför högt blodtryck. Därvid uppkom blodpropp i en icke förträngd grenartär. Patienten sändes akut i ambulans till Malmö allmänna sjukhus, där cirkulationen till njuren helt kunde återställas. Vid Karlskrona lasarett hade tidigare ett 80-tal patienter behandlats med motsvarande teknik, om än inte i njurartären. Från Malmösjukhuset framfördes att införandet av en ny behandlingsmetod är ett strategiskt beslut där samverkan mellan länsjukhuset och regionsjukhuset måste vara överenskommen. Karlskronaläkarna betonade att dagens exklusiva universitetsspecialitet ofta är morgondagens standardbehandling i rutinsjukvården. Några går före och banar väg. För ett decennium sedan utfördes det mesta av kärlkirurgin vid regionsjukhusen medan i dag uppemot hälften sker vid länssjukhusen. För bara tiotalet år sedan var sådant som dialysbehandling, perkutan transhepatisk gallstensoperation, elektiv perifer kärlkirurgi, pacemakerimplantation, reumakirurgi och många andra tekniker tillgängliga enbart på regionsjukhus. I dag finns många av dem som rutinåtgärder både på läns- och länsdelsjukhus. Komplicerade och dyra metoder, som bara kan

tillämpas på få individer, finns det däremot ingen anledning att föra ut från regionsjukhusen.

Nya diagnos- och behandlingsmetoder kan snabbt ändra bilden av hur ofta en metod behöver utföras för en befolkning. Spridning av intravenös digital subtraktionsangiografi kan innebära att invärtesmedicinare oftare sänder blodtryckspatienter till undersökning. Det kan leda till att njurartärstenoser visar sig vara vanligare än man hittills trott, något som ställer nya krav också på möjligheter till behandling.¹³

Principiellt anses det försvarligt att *akuta* ingrepp utförs också av läkare som har liten erfarenhet eller som arbetar vid sjukhus som har få operationer per år. *Planerade* operationer anses däremot kräva större erfarenhet och högre frekvens. Det ligger något ologiskt i detta även om strategin kan vara begriplig. Ett planerat ingrepp är vanligen lättare att utföra och sker ofta under mer optimala förhållanden. Om behandlingsresultaten är godtagbara är utspridningen av metoderna i patientens intresse. Men om detta varit fallet visar sig vanligen först efter någon tid.

En grundprincip för sjukvården är att patienter ska erbjudas vård så nära hemorten som möjligt där tillfredsställande vård kan bedrivas. Att en viss grupp av patienter behövs för forskning och utbildning vid regionsjukhus bör i sig inte vara skäl nog för remiss. Samtidigt får man vara medveten om att det inte går att hålla kunskapsnivån uppe med ett litet antal patienter per år inom högt specialiserade områden.

I ett litet land som Sverige med nio regionsjukhus i sex sjukvårdsregioner kan i framtiden inte samtliga ha all slags avancerad verksamhet. Regionsjukvårdsutredningen¹¹ har föreslagit att den högspecialiserade brännskadevården bör koncentreras till två platser; barnkirurgi, thoraxkirurgi och transplantationskirurgi till fyra. Resurser för vissa infektionssjukdomar och specialkoagulationslaboratorier bör finnas på högst tre platser.

Internationellt finns tendensen att ett begränsat antal högt specialinriktade centra skapas. Avancerad sjukvård är på väg att bli exportvara för vissa sjukhus. Privata Scandinavian Heart Center i Göteborg är exempel på att kvalificerad hjärtkirurgi kan utföras med stor säkerhet vid ett mycket litet sjukhus där det finns bra organisation (bl a "primary nursing") och kvalificerad personal.

Regionsjukhusen kan som helhet anses ha överdimensionerats, även om verksamheten inom vissa specialiteter visat ökad efterfrågan de senaste åren. Bakom utbyggnaden ligger bl a alltför ambitiösa förhoppningar om att kunna sälja tjänster.

"Centrumtanken" med samarbete mellan flera olika kliniker håller på att förverkligas inom vissa sjukhus. Den har tillämpats exempelvis vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Den innebär nya former för samverkan över klinikgränserna. Sådan samverkan blir alltmer angelägen inför framtiden.

Diskutera

1. Vilka av patientens krav på hälso- och sjukvården anser Du vara särskilt viktiga?
2. Vilka är patientförsäkringens fördelar? Ser Du några nackdelar?
3. Vissa patienter är angelägna att få information om åtgärder medan andra är ointresserade. Vilka faktorer kan ligga bakom?
4. Diskutera svaren som erhållits på frågan om allmänläkaren som "grindvakt" (tabell 9:1).
5. Är övervård ett reellt problem? Varför – eller varför inte?
6. Diskutera användningen av "normalt" för planering av vårdplatser vid sjukhus.
7. Varför har storsjukhusen fått sådant genomslag i Sverige?

Litteratur

- ¹ Borgenhammar, E., "Patients' right and informed consent: Swedish experiences", *Journal of Consumer Policy*, 1989;12:33–50.
- ² Byrne, O.J., Napier, A. och Cuschieri A., "How informed is signed consent?", *British Medical Journal*, 1988;296:839–840.
- ³ Holland, W.W., Detels, R. och Knox, G. (red), *Oxford textbook of public health. Second edition. Volume 1. Influences of public health*, Oxford: Oxford University Press, 1991.
- ⁴ Lagergren, M., *Tid för omsorg*, Stockholm: Sekretariatet för framtidsstudier, 1982.
- ⁵ Johansson, L. och Thorslund, M., "Care needs and sources of support in a nationwide sample of elderly in Sweden", *Zeitschrift für Gerontologie*, 1991;24:1–6.
- ⁶ White, K.L. et al, "The ecology of medical care", *New England Journal of Medicine*, 1961;18:885–92.
- ⁷ Hollnøgel, H. och Kamper-Jørgensen, F., "Utilization of health services by 40-year old men and women in the Glosrup area, Denmark", *Danish Medical Bulletin*, 1980; 271(3):130–9.
- ⁸ Peterson, W.M. (red), *Granger Westberg verbatim*, Hiusdale, IL: Westberg Institute, 1982.
- ⁹ Thorslund, M. och Wernberg, K., *Äldres utnyttjande av service och vård. En personbaserad studie i Tierp*, Uppsala: Uppsala universitet, Socialmedicinska institutionen, 1986.
- ¹⁰ Thomas, L., *The lives of a cell*, New York: Viking Press, 1974.
- ¹¹ *Regionsjukvården. Betänkande av regionsjukvårdsutredningen*, Stockholm: Statens offentliga utredningar, SOU 1978:70.
- ¹² *Regionsjukvården*, Stockholm: Statens offentliga utredningar, SOU 1958:26.
- ¹³ Troeng, T., Bjerustad, A. och Lyrenäs, E., *Den högspecialiserade vården, Läkartidningen*, 1987;84,1–2,8–9.

10. Sjukhusens roll

*Varför sjukhus? 167 • Roller och synsätt 172 • Inför
framtiden 182 • Diskutera 184 • Litteratur 185*

Varför sjukhus?

Sjukhusen är viktiga institutioner i vårt samhälle. Dit hänvisas vi när något allvarligt inträffar, när behoven är som störst. Där finns folk dygnet om, hela veckan, året runt. Den slutna vården är mest öppen medan den öppna är mera sluten. Oftast är sjukhusens personal kunnig, vänlig och varmhjärtad. Hit får vi komma med kroppens besvär, med själens plåga. Med blod och slem, urin och avföring, med förnedring och elände, våra mest intima frågor. Här finns folk som lyssnar. Sjukhuset är den stora öppna famnen när det regressiva suget blir för starkt. Kanske får vi vänta en stund om problemen inte är alldeles akuta. Men förr eller senare ställer personalen upp, lyssnar, analyserar och diagnosticerar. Oron dämpas, blodflödet stillas, de brutna benen läggs till rätta. Läkare opererar, sjuksköterskor delar ut medicin. Diagnos och terapi utan pekfingrar eller moraliserande. Ett hus som kombinerar öppenhet och tolerans, värme och klokskap, det är sjukhuset när det är som bäst.

Sjukhusen byter leder som inte fungerar, reparerar ögon som tappat elasticitet, lagar kärl som slammat igen och uträttar mycket annat. Sortimentet av diagnoser är hela åtta tusen. Här byts, om det verkligen gäller, njurar, hjärta, lever, bukspottkörtel och lungor. Här hjälps folk till mindre smärtfyllda liv, bevarad personlig integritet och ökat oberoende. Här sopas spåren igen så gott det nu går efter industrisamhällets giftiga andedräkt, efter en livsmedelspolitik som sett ladugårdar förvandlas till sjukstugor och åkrar till kemiupplag. Här föds och här dör de flesta av oss. Sjukhusen är varandets och bevarandets hus även om den obevekliga döden ytterst ändå tar hem spelet.

En storindustri

I de fem nordiska länderna med ca 23 miljoner invånare arbetar bortåt en miljon människor vid sjukvårdsinstitutioner. Där finns ungefär en kvarts miljon vårdplatser. Tre miljoner människor läggs in under ett år för vård. Det innebär 12 procent av befolkningen i åldern 18–74 år. För äldre är andelen högre. I Sverige är drygt var tionde löntagare verksam inom hälso- och sjukvården. Var tredje kvinna har arbetserfarenhet från sektorn. Indirekt sysselsätts många fler genom de arbetstillfällen sjukvården skapar.

En framtidsbransch?

Har sjukhusen framtiden för sig? Eller är de, som kritiker vill göra gällande, exempel på en utveckling som delvis är överspelad?^{1,2} Som existerar av inte minst historiska skäl och rullat vidare ostyrt och lavinartat likt snöbollen i utförsbacken? Som växt inte på grund av absoluta behov utan genom sin oerhörda politiska, professionella, fackliga och ekonomiska tyngd. För att sjukhusen i hög grad tillfredsställer politikernas önskan om institutioner och monument? För att viktiga professionella grupper här får en verkstad där de kan utveckla avgränsade revir. Som gillas av de fackliga organisationerna, för här går det i vår kultur att organisera i stort sett alla medan vårdare i hemmen är mera resistent. Som hyllas av anhöriga för här får man lämna in krävande gamlingar. En institution som varit pålitlig avnämare av penningsslukande teknologiska nymodigheter vilka inte alla gånger hunnit testas ordentligt.

Älskas inte sjukhuset av oss alla, för hit kan man komma direkt när man tagit ut svängarna och få kravlös, i stort sett kostnadsfri genomgång och reparation av hela maskineriet? Är sjukhusen institutioner vars resurser är heliga eftersom de går till så gott ändamål?

Sängen – en medicin?

Sjukhuset, vilken fantastisk institution som byggts på uppfattningen att horisontalläget skulle vara hälsobringande. Som betraktat sängen som läkemedel, sängen som inte skulle ha godkänts för registrering av någon myndighet om den vore en medicin. Numera inser allt fler att det förhåller sig tvärtom. Att en muskel som inte tränas börjar förtvina inom 48 timmar. Benen kalkas ur och blir sköra när de inte får arbeta. Lårbenshalsbrott hotar. Förstoppningen och infektionerna står på lur. Att ligga stilla dag efter dag, är det inte som att be om djup ventrombos? Ändå står det där som trygghetens symbol. Sängarnas gibraltarklippa, Lasarus logi, doktorernas komplex.

Det finns tillfällen i livet då en sjukhussäng är nödvändig. För tillfrisknandet. För konditionen. Också för tryggheten. Är den tryggheten verklig eller falsk? Kommer storsjukhusens monoliter att likt gårdagens jätteödlor bara vara en parentes i historiens ljus? Sängläge på sjukhus har genom åren systematiskt övervärderats, om den saken har enigheten blivit allt större över tiden. Idag är synsättet ett annat än tidigare. Kan man då vara säker på att det som görs är så bra som rimligen kan begäras? Kvalitetskontroll är fortfarande inte rutin på sjukvårdens institutioner.

Överspelad organisation?

Har inte våra offentliga sjukhus organisationsformer som är besynnerligt antikverade, frågar kritikerna. Former som bygger på nästan total brist på respekt för patientens tid. Mottagningar dit patienter ska komma samtidigt som läkarna är samlade i stort antal till den rituella röntgenronden. Avdelningar där patienter görs klara för operationer som sedan inställs eftersom det finns risk att personalens fritid naggas i kanten. Där förnedrande, riskabla katetrar har satts in slentrianmässigt och de därpå följande infektionerna florerat. Där alla

tyckt sig tvingade att ha smör på brödet och plast under lakanet oavsett om de vill eller ej. Ständigt nya, obekanta läkare. Sjukhus som man bara tillhör, inte väljer. Där man utgår från föreställningen att det är sjukt att dö. Det tysta samhällshuset med praktiskt taget oinskränkt monopol på sluten vård. Där patienten vanligen inte fått välja sin läkare, inte ens fått veta vem som ska utföra operationen eller vad denne har för kvalifikationer och hygien, erfarenheter och företräden. Där folkföreträdande styrelser suttit som demokratisk gisslan och sökt greppa verkligheten via handlingar och protokoll. Fåfängt, likt den distraherade restauranggästen som äter menyn i stället för maten.

Nu håller något nytt på att hända. Allt fler sjukhus blir serviceinriktade, utvecklar lyhördhet för patienterna.^{3,4} Den utvecklingen har bara börjat. Men den som jämför hur det är att vara patient i dag med hur det var för 20 år sedan kan upptäcka en skillnad. Patienterna får på många håll göra sin röst hörd och vara med och diskutera, så som avsikten varit i 1982 års hälso- och sjukvårdslag, vår "perestrojka-författning" på sjukvårdens område.

Sjunkande produktivitet, ökande kostnader?

Sjukhusen tycks kunna svälja snart sagt hur mycket personal som helst och ändå flagga med personalbrist, menar kritikerna. Sjukhusen vars produktivtetsminskning fortgått årtionde efter årtionde utan att ifrågasättas. Sjukhusen där personalens identitetsproblem och egna dödsrädslor oförlöst exponeras på arbetsstycket patienten.

Så har det sagts, så har det varit. Men värderingarna sätts i fråga. I utbildning, vidareutbildning och fortbildning. I det praktiska vårdarbetet, i de dagliga samtalen på vårdavdelningarna.

Sjunker verkligen produktiviteten på sjukhusen? Finns inte goda förklaringar till att det är som det är? Finansdepartementets undersökning av produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom offentlig sjukvård 1960–80⁵ visar att den genomsnittliga produktiviteten, mätt med tillgängliga mått, minskat med ca tre procent om året. En lång rad nordiska studier pekar i samma riktning.^{6,7,8,9,10}

Patienternas ökande ålder och förändrade diagnoser spelar roll. Men hälso- och sjukvårdsutgifterna skulle ha stigit med endast sju procent 1964–76 om ändringar i svenskarnas ålderssammansättning varit enda förklaringen. I själva verket steg utgifterna i fasta priser med 79,5 procent.^{11,12} Kan då högre kvalitet i vårdarbetet vara en förklaring? För konstant produktivitet 1960–1980 måste kvaliteten 1980 per producerad tjänst vara dubbelt så hög som 1960. För positiv produktivitetsutveckling får kraven ställas högre.

Har då kvaliteten blivit dubbelt så hög? Det finns inga bra mått på hur kvaliteten har utvecklats. Kanske för att ingen efterfrågat sådana mått med tillräcklig energi. Kanske för att mätproblemen tyckts olösbara. En förklaring till de ökade kostnaderna kan vara den allt högre ambitionsnivån. Man vill göra så mycket mer inte minst för åldringarna, den stora patientgruppen. Gruppöverläggningar av skilda slag fungerar också som tidstjuvar.

Det finns sjukhus med positiv produktivitetsutveckling. 1990-talets första år visar på positiva exempel. Om samtliga sjukhus haft samma utveckling som det "bästa" skulle resultatet ha blivit positivt i stället för negativt. Miljarder kronor skulle ha sparats. Många fler skulle ha fått hjälp med sina hälsoproblem.

Sjukvårdens kostnader ökade snabbare än bruttonationalinkomsten under en följd av år. Att de hamnar under lupp i trängd ekonomi är naturligt.

Vårdmagneter

Sjukhusen fungerar som vårdmagneter.^{13,14} Ju närmare sjukhus man bor, desto större är dragningskraften. Socialstyrelsens studie "Vård på lika villkor"¹⁵ ger illustrationer. Hallands sex kommuner har studerats när det gäller vårdtillfällen och vård dagar. Folk som är bosatta i Varbergs kommun, hemvist för ett stort sjukhus, använder 50 procent mer sjukvård än folk i Hylte kommun, några mil bort där det inte finns något sjukhus. Att lägga ned vårdinstitutioner är inte lätt sedan de en gång har etablerats. Det gäller alla slutna vårdformer. Vi har inte bara mentalsjukhus, vi har också sentimentalsjukhus, orubbligt gjutna i betong. Ett problem enligt internationell erfarenhet är "the ratchet effect", spärrhjulseffekten. Har väl en institution kommit till finns stoppklackar mot minskning och avveckling, oavsett behovens förändringar.

Slummen på sjukhus?

Tillkom inte sjukhusen som seglivad idé vid en tid när folk hade det fattigt, trångbott, kallt och smutsigt hemma? Sjukhusen var hygieniska ljuspunkter i gårdagens slum. På sjukhusen fick man egen säng, hyggligt rent omkring sig och måttande kost.

Finns slummen i dag på sjukhusen? Var annars väntas man dela rum med tre andra som man inte känner, inte vill lära känna och som kan störa natt och dag? I ett rum som vanligen saknar toalett och duschrum. Där det ofta inte finns telefon på rummet. Där man inte kan få en kopp kaffe eller te när man önskar utan personalens särskilda välvilja. Där de anställda, inte bara patienterna, lätt blir "hospitaliserade". Varifrån kommer uppfattningen att det i dag skulle vara hälsosamt att "sova hos doktorn"?

Bland historiska orsaker till sjukhusens tillväxt pekar Starr¹⁶ från amerikanska förhållanden på läkarnas ekonomiska intressen. Verksamheten kunde göras mer lukrativ och effektiv för dem om patienterna kom till sjukhusen och mottagningarna i stället för att läkarna företog hembesök.

Hos oss är i dag inte läkarnas ekonomi motiv för intagning på sjukhus. Däremot finns de professionella intressena – att arbeta i sjukhusets lärande miljö med stimulerande kolleger. Historiskt kan industrialiseringens åtskillnad mellan privat och offentlig sfär ha verkat för patienternas segregering till sjukhusen. Offentlig vård skulle bedrivas i offentliga institutioner. De avvikande, de utvecklingsstörda, de mentalsjuka

skulle bort från hemmen. Myndigheterna ville ha det så. Nya vetenskapliga framsteg drev också mot allt högre grad av specialisering och därmed användning av sjukhus, ju större desto bättre. Föregiven rationalitet, kanske också de sjukvårdsanställdas bekvämlighet, finns med i bilden.

I dag bor nära nog hela svenska folket modernt. Bara några få procent är trångbodd. Folk har egna sängar och mat i hemmen. I sin egen bostad är man kung. I doktors hus bor man på doktors villkor. Där finns makten hos professionerna. Myten om sjukhussängens välsignelse, om vikten av vila i kravlös passivitet, är på väg ut.

Det auktoritära myndighetssamhället tycks också på väg ut. Så många som möjligt av de psykiskt särpräglade, de utvecklingsstörda, de handikappade, de äldre och sjuka bör få bo hemma, med erforderligt stöd. Den filosofin tränger alltmer igenom. Men också den kan gå till överdrift. Om den av principiella skäl drivs bortom en viss gräns utvecklas även detta synsätt till auktoritär myndighetsutövning.

Patienten som arbetsstycke, som objekt: "Du är problemet. Vi är lösningen." Sjukdom som blott och bart apparatfel. Det är det traditionella synsättet. Sjukdom är också något mer: bristande jämvikt i livssituationen. Kommunikation av kulturellt inlärda symboler. Det uppmärksammas av flera i dagens sjukvård. Utvecklingen har haft sina kritiker också bland läkarna.

I en uppsats om det dolda läkarsamhället menade Gyllensten¹⁷ att den sjuka människan "styckas sönder till ett objekt i den avancerade medicinsk-tekniska apparaten. Namnlös förs hon från EKG till EKG, från laboratorium till laboratorium, från specialist till specialist, upplöses i ett antal detaljprojektioner och möter än den ene och än den andre läkaren, som om hon vore fraktgods i händerna på en speditiönsfirma. Detta sker i effektivitetens namn, för att så många som möjligt skall få hjälp i de resurser som står till buds, kanske under beklagande av de administratörer och läkare som gemensamt skapat systemet och själva upplever dess olägenheter. Men faktum kvarstår att detta system innebär ett förödmjukande förtingligande av den hjälpsökande människan samt ett avlyftande av personligt ansvar..."¹⁷, s 505

Hur ser allmänheten på sjukhusen? Nio av tio anser sig ha fått den omvårdnad, vänlighet och omtanke de behövt. Lika många säger sig ha goda erfarenheter av det medicinska handlandet. Fyra av fem som varit patienter på sjukhus tycker sig inte ha blivit felaktigt eller orättvist behandlade. En av fem anser tvärtom att de har bemötts eller behandlats illa. En större andel yngre än äldre är kritiska. Bara hälften anser att vi har "rättvis vård".¹⁸

Som helhet har sjukhusen en enastående goodwill i allmänhetens ögon. Gamla tiders sjukhusskräck, som innebar att sjukhuset kunde gå under beteckningen "slakthuset", är i stort sett borta.

Är det rimligt att idag ifrågasätta sjukhusens användning? De har blivit så mycket bättre. De används mer restriktivt, med kortare vårdtider, med aktivering och individualisering. "Oblomovismen", benägenheten att passivisera

människan till bekvämt viloläge, en gång träffande beskriven av den ryske författaren Ivan Gontjarov, tillhör i stor utsträckning det förgångna. Måste vi inte ha sjukhusen som de är, sluta dem med plus och minus till våra hjärtan?

Roller och synsätt

I det följande anknyts diskussionen om sjukhusens roller till de synsätt och vårdmodeller som presenterats i kapitel 5 "Perspektiv på hälsa". Om man väljer *sjukdomssynsättet* som utgångspunkt kan man för det första tala om den *bio-mekaniska modellen*. Enligt denna är ohälsa framför allt bristande funktion hos enskilda celler och organ. Diagnos och behandling sker väsentligen med hjälp av professionella insatser. Här spelar sjukhusen en central roll.

Till *sjukdomssynsättet* hör också den psyko-dynamiska modellen. Denna betonar konflikter och skuldkänslor, fiendskap och bitterhet som faktorer bakom ohälsa och besvär. Åtgärderna innebär inte minst att lyssna och söka förstå, förklara och skapa insikt för personlig utveckling.

Till *hälsosynsättet* hör den *hälsopedagogiska modellen* och *livsmiljömodellen*. I den hälsopedagogiska modellen lyfts levnadsvanorna fram som centrala för hälsan. Det finns åtskilligt man kan göra själv: egen vård är guld värd. Livsmiljömodellen riktar uppmärksamhet mot omgivningens betydelse, bl a luft, jord och vatten. Kollektiva åtgärder ges vikt för att förbättra livsmiljön och därmed förutsättningarna för hälsa. Synsättet vidgar perspektivet till makronivån, till nationellt och internationellt plan, till aktivt arbete mot förgiftning och förstöring.

Alla fyra synsätten är viktiga, vart och ett har sin plats i helheten. De utesluter inte varandra. De utgör i stället varandras komplement. Ofta har den första, bio-mekaniska, starkt betonats på bekostnad av övriga tre. Den har fördelen att vara konkret. Resultaten av insatserna kan i många fall observeras inom kort tidsrymd. Effekten av förebyggande visar sig däremot i vissa fall först efter 20, 30 år.

I det följande tas tio tänkbara roller för sjukhusen upp. De sex första är externa, riktade mot den allmänhet som ska betjänas. De är: rollerna som livräddare, som livskvalitetshöjare, som värnare om människovärdet, som trygghetsskapare, som härbärge och som förebyggare. De övriga är mer interna till sin karaktär: utbildarrollen, utvecklar- och forskningsrollen, synergirollen och sysselsättrarrollen.

Livräddarrollen

"År till livet!" Sjukhuset är i den *bio-mekaniska modellen* viktigt som de kritiska händelsernas hus. Där finns *resurser* som kan vara en förutsättning för att liv ska räddas under kritiska omständigheter.^{19,20}

Den *psyko-dynamiska modellen* intresserar sig snarare för *relationer* som räddar "liv till åren". Den *hälsopedagogiska modellen* ser brister i *levnads-mönstren* som det stora hotet mot liv och hälsa: "hälsa till livet". *Livsmiljömodellen* lyfter fram behovet att det sjuka samhället räddas till insikt om behovet av förändring.

Har sjukhusets roll som livräddare övervärderats? Ja, i vissa fall. Ett exempel. Spädbarnsdödligheten har traditionellt varit relativt hög bland tvillingar. En brittisk förlossningsläkare, JK Russel, observerade på 1950-talet att medelklasskvinnornas barn klarade sig bättre än arbetarkvinnornas. Han antog att de förstnämnda fick vila mer under graviditeten och att detta var hälsofrämjande. Efter hans förslag blev det rutin vid många sjukhus att lägga in kvinnor som bar på flera foster under graviditetens sista månader. En engelsk undersökning visar att sjukhusvården i stället varit skadlig. De kvinnor som legat på sjukhus under graviditeten har oftare fött sina barn alltför tidigt. Barnen har fått lägre födelsevikt och i förhållandevis fler fall dött under nyföddhetsperioden.²¹

Å andra sidan kan sägas att sjukhusens roll som livräddare är angelägen och kommer att behövas också i framtiden. Denna roll är kanske den viktigaste ur allmänhetens perspektiv. Som komplement när det vanliga livets åtgärder och relationer inte räcker till. Som återställare när livsstilen fallerat. Som hjälpare när olyckan varit framme eller sjukdomen slagit till. Men synfältet behöver vidgas.

Gerontologen Jan Helander säger: Om det finns ett stup, som innebär fara för folk, kan man hantera problemet på två sätt. Antingen bygga staket så att folk inte ramlar ner. Eller låta folk ramla, och så bygga vårdinstitutioner som tar hand om folk som har åkt ner. Och eftersom staket är så billiga bygger vi vårdinstitutioner...

Sjukvården kommer förr eller senare till en punkt där det blir möjligt för kortare eller längre tid att "hindra de döda från att dö". På sikt står sjukvården inför ett jättelikt Ahasverus-syndrom. Jerusalems skomakare Ahasverus var den som enligt legenden dömdes till att aldrig få dö som straff för den hårdhet han visat Frälsaren på väg till korsfästelsen. Vad som styr handlandet när dödsprocessen i stället för livet förlängs är andra skäl än människokärlek. Där finns professionella intressen och rädsla för anmälan till ansvarsnämnden. Där finns forskningsintressen och missriktad humanitet. Vi bör inte låta ångesten inför vår egen förestående bortgång frustrera oss in i "den högindustrialiserade dödsdansen", där avlidandet blir den yttersta formen av konsumentmotstånd.

"I som här inträden, låten hoppet fara" var välkomstorden i *I dödens vänt-rum*, Sven Stolpes sanatorieroman. I dag är risken att livräddarambitionen går alltför långt till följd av missbruk av den medicinska teknikens framsteg. Ska vi än en gång låta hoppet fara? Denna gång hoppet att få "dö levande"? En gång menade Seneca att lunginflammationen är den gamles bästa vän. Många har utsatts för plågsamma, meningslösa, livsuppehållande åtgärder i perspektivlös sjukhusvård. Åtskilliga önskar avsluta sitt liv medan de ännu har sina själs- och kroppskrafter något så när i behåll. Med Ingrid Bergmans ord inför slutet: "Rädd är jag bara för att jag ska leva alltför länge".

Vi kan hålla de gamla vid liv mycket längre än vår medkänsla med dem. Har vår sjukvård sökt avskaffa förgänglighetens biologi i den utdragna dödsprocessens törnrosatempel? Det är lätt att förvandla en sjuk människa till vårdpaket, också att förlänga förloppet för den levnadsmätte med hjälp av olika behandlingsprocesser: dropp, sondmatning, antibiotika.

Många är rädda att hamna i total hjälplöshet och förnedring, att helt komma i händerna på andra. Ängsliga att tillvaron ska krympas till en garderob och två lådor. De förfäras av tanken att bli långvårdsfall. Mognar tiden för en motsvarighet hos oss till Kaliforniens "Natural death act", nr 3060 av år 1976? Vuxna har enligt denna lag en grundläggande rätt att själva bestämma om att avstå från livsuppehållande behandling i den terminala livsfasen.

Redan nu finns denna rätt, framhåller förre justitieombudsmannen Bertil Wennergren.²² God vård bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patienten äger rätt att själv avgöra om den erbjudna vården ska ges eller ej. Ingen får påtvingas behandling mot sin vilja – med undantag för några få, extrema omständigheter. Patienten har i princip rätt att när som helst avbryta vården eller behandlingen. Också rätt att förkorta sitt liv. Enligt regeringsformen, kapitel 2, paragraf 6, är varje medborgare skyddad gentemot det allmänna mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Sjukvårdspersonalen är dock inte skyldig att handla mot sin övertygelse eller mot sitt samvete.

Vi lever allt längre, och dödligheten bland de nyfödda har sjunkit. Är det sjukhusens förtjänst? Man kan diskutera hur mycket som beror på sjukhusen, men de flesta, med undantag för obarmhärtiga kritiker som Ivan Illich,²³ ser dem som en plusfaktor. Å andra sidan blir folk kanske mer benägna att "ta ut svängarna" genom att sjukhusen erbjuder så avancerad hjälp när något går snett.

McKeown²⁰ menar att sjukhusens och sjukvårdens betydelse för folkhälsan systematiskt överskattats. Professorn vid University of California i Los Angeles Milton Roemer har tillsammans med Jerome Schwartz²⁴ studerat effekten av kirurgernas strejk under sex veckor 1976 i Los Angelesområdet. De fann att dödligheten sjönk varje vecka som strejken pågick, i jämförelse med genomsnittet under motsvarande period 1971–1975. Omedelbart efter strejkens slut steg dödligheten. Efter två veckor stabiliserades den på tidigare nivå. Förklaringen måste vara att all operativ verksamhet har en viss akut dödlighet som förhoppningsvis återvinns genom att dödligheten i stället minskar på sikt. En ytterligare förklaring kan vara att det samtidigt skrevs ut mindre läkemedel och därmed också blev färre överförskrivningar av riskabla mediciner. Att dödligheten varierar under ett enskilt år i jämförelse med medelvärdena under några tidigare år är heller inte något från vilket vidsträckta slutsatser bör dras.²⁵

Skepsis mot sjukhusen har också vädrats av den engelske professorn Mather.^{26,27} Effekten av hemsjukvård vid hjärtinfarkt som alternativ till sjukhusens intensivvård studerades. Mortaliteten i den grupp som vårdades på sjukhus, 169 patienter, var 14,2 procent och för gruppen som vårdades i hemmet, 174 personer, 9,8 procent. Skillnaden är inte statistiskt signifikant. Resultaten kan inte generaliseras. Ändå ställer sådana studier frågetecknen för en handlingsregel som säger att alla som har hjärtinfarkt ska ha intensivvård på sjukhus.^{28,29}

Har fler sjukhusplatser och större användning av sjukhusbäddar samband med lägre dödlighet? I en amerikansk studie jämförs sjukhusanvändningen och dödligheten år 1985 för "medicare-patienter" i sjukhustäta Boston med sin motsats New Haven.³⁰ Antalet vårdplatser per 1 000 invånare var 4 ½ i Boston mot 3 i New Haven.³¹ Intagning på sjukhus i relation till befolkningen var 47 procent högre i Boston än i New Haven. Andra skillnader i samma riktning: återinläggningar 29 procent och vårdtidens längd 15 procent. De diagnoser som visar höga variationer, och där det således finns liten överensstämmelse angående behovet av inläggning på sjukhus, låg bakom det mesta av skillnaderna. Som helhet är utgifterna för sjukhusvård dubbelt så höga i Boston som i New Haven. När den totala dödligheten analyserades visade det sig att denna var i det närmaste identisk i de båda områdena.³⁰ Fler sjukhusplatser, fler inläggningar och längre vårdtider visade sig inte ha samband med bättre folkhälsa.

I Sverige minskade återstående livslängd för män i arbetsför ålder under flera år från 1960-talets mitt trots en väsentlig ökning av vårdkostnaderna.³² Vårdsystemet tycks i stort stå maktlöst inför problem som skapas av äventyrliga livsmönster och livsmiljöproblem. Ändå måste, menar Roemer³³ den medicinska vetenskapen ges äran av åtminstone delar av den förlängning i medellivslängden som ägt rum i västvärlden under senare tid.

Som helhet har olycksfall visat sig vara relativt vanliga på sjukhus, även om de är en liten orsak bakom dödsfallen. En riskgrupp för olycksfall utgör äldre som står på psykofarmaka.³⁴

I en undersökning i Malmö³⁵ studerades samtliga olycksfall på sjukhus under ett år. Det inträffade 499 olyckor för 428 patienter. 299 frakturer observerades, varav 127 höftfrakturer. I motsats till befolkningen i övrigt löpte även relativt unga män på sjukhus en icke obetydlig risk för höftfraktur. 75 procent av dem som skadades var över 75 år. I ca en tredjedel av fallen hade sådana faktorer som våta golv och defekt utrustning bidragit till olycksfallen. Läkemedelskonsumtionen var högre i olycksfallsgruppen än i jämförelsegruppen. Mortaliteten i olycksfallsgruppen var nästan tre gånger så hög som i normalbefolkningen och nästan två gånger så hög som i en sjukhusvårdad jämförelsegrupp.

Ett av fallen är följande. En 79-årig kvinna, som gick med hjälp av armkryckor, hade meddelat personalen att toalettgolvet var vått av urin. Två timmar senare, när hon åter besökte toaletten, var golvet fortfarande vått. Hon beslöt att först uträtta sina behov och därefter säga till personalen igen. Under påklädningen råkade hon sätta kryckan i det våta. Den gled undan, och hon föll med ansiktet före i tvättstället och ner över en väggfast papperskorg innan hon slog höften i golvet. Hon ådrog sig en höftfraktur och en sårskada i pannan som syddes igen.³⁵

På sjukhusen är remisserna till röntgenundersökningar många. Riskerna med överdrivet röntgande är inte försumbara. Benägenheten att röntga varierar från land till land och från sjukhus till sjukhus.

Gofman och O'Connor³⁶ anser att skador av vanliga röntgenundersökningar underskattas inom sjukvården. Med utgångspunkt från ameri-

kanska förhållanden förmodar de att ett stort antal cancerfall skulle kunna förebyggas om den genomsnittliga stråldosen reduceras med två tredjedelar.

Russell³⁷ påpekar att betydande stråldosminskningar skulle kunna göras genom användning av kolfibermaterial i undersökningsbord, kassetter, kassetthållare och raster. Kostnaderna per inbesparat cancerfall visar sig vara utomordentligt låga, närmare bestämt 0,02–0,26 miljoner dollar om kolfiberfilter används i undersökningsbord, 0,02–0,06 miljoner dollar om kolfilter används i kassetter och kassettbord samt 0,01–0,06 miljoner dollar om kolfilter används i raster. Svårigheten att få sjukvården intresserad är värd att påtala.³⁸

I en amerikansk studie³⁹ analyserades ett slumpmässigt urval av 30 121 patientjournaler från 51 slumpvalda somatiska sjukhus i staten New York. Syftet var att få fram frekvensen skador till följd av uppenbara medicinska misstag och olyckor. Sådana inträffade för 3,7 procent av patienterna, och 27,6 procent av dessa berodde på vårdslöshet eller försumlighet som kunde relateras till den medicinska behandlingen. Så många som 70,5 procent av skadorna resulterade i handikapp som varade mer än sex månader. 2,6 procent orsakade kroniska skador, och 13,6 procent ledde till döden. Riskerna ökade med patienternas ålder.

I en fortsatt studie⁴⁰ analyserades förhållandena bakom att 1 122 patienter (3,7 procent) råkat ut för uppenbara medicinska misstag eller olyckor till följd av den medicinska behandlingen. Läkemedelskomplikationer var den vanligaste orsaksgruppen (19 procent) följd av sårinfektioner (14 procent) och tekniska komplikationer (13 procent). Hälften (48 procent) hade samband med operation. Att förebygga sådana händelser kräver insatser för metodutveckling.

Sammanfattningsvis: livräddarrollen är viktig för sjukhusen. Samtidigt finns en obenägenhet att kritiskt ifrågasätta vad som görs. Det innebär att livräddarrollen kan bytas i sin motsats. Då äventyras människors liv och hälsa.

Rollen som livskvalitetshöjare

Att förbättra patienternas livskvalitet genom att behandla sjukdom och ohälsa är en av de uppgifter som lyfts fram i den *bio-mekaniska modellen*. Väsentliga förbättringar har skett i många människors livskvalitet tack vare sjukhusrelaterade insatser: pacemakers och hjärtklaffar, nya leder och ögonlinser. En förutsättning för högre livskvalitet utgör sådana ingrepp som endast kan utföras på sjukhus och som fordrar vistelse i sjukhussäng under kortare eller längre tid. Vid en rad operationer, bl a ögonkirurgi och "titthålskirurgi", har dock sjukhussängen numera onödiggjorts.⁴¹

I den *psyko-dynamiska modellen* betonas hälso- och sjukvårdens uppgift att förstå och åtgärda problem som i många fall har psyko-somatisk karaktär. Där kan finnas affektiva störningar och neuroser, post-traumatisk stress och drogberoende. Det är i en lång rad fall inte bara eller i första hand läkemedel som bidrar till en lösning. Den psyko-dynamiska modellen betonar växelförhållandet människor emellan, engagemanget, kommunikationen i gemenskapen som väsentliga för livskvaliteten.

I *Dynamisk psykiatri* säger Johan Cullberg⁴²: "Det som ur ett *individperspektiv* lätt kan kallas för neuros och ge upphov till vissa behandlingar kan i ett *familjeperspektiv* avslöjas som en mycket logisk reaktion och ett beteende som svarar mot andra familjemedlemmars dolda krav och budskap. Exempelvis kan det föräldrapar som har många outtalade besvikelser och spänningar mellan sig omedvetet låta sonen bli den åskledare som tar upp spänningen och som bidrar till att hålla jämvikten levande i familjen...Den individuella diagnosen kan alltså bidra till att fördunkla det dynamiska skeendet mellan människorna".^{42, s 26}

"I alt som lever, er det en trefoldig fremdrift: 1. till å leve, 2. till å leve godt, 3. till å leve bedre".^{43, s 71} Den *hälso pedagogiska modellen* lyfter fram de positiva sociala nätverken som en psykisk skyddsfaktor. Människor som växer upp i goda sociala nätverk och som fostras till gemenskap får större psykisk motståndskraft och starkare jagfunktion. De sociala relationerna innebär buffer tar vid psykosociala krissituationer. Ett fungerande nätverk hjälper också personer att hitta rätt och få den professionella hjälp de kan behöva vid kris. Buffringseffekten kan vara avgörande för resurssvaga individer, för dem som saknar arbete, som drabbats av sjukdom eller funktionsnedsättning, dem som är eller håller på att bli socialt utslagna. Social desintegration som ger psykisk ohälsa har visat sig kunna minska genom riktade åtgärder för nätverksbyggnade.⁴⁴

Livsmiljömodellen talar om vikten av att värna vår omvärld för livskvalitetens skull. Den ekokris som den teknologiska utvecklingen har förorsakat förändrar ramarna för mänskligt handlande. Tidigare betraktades naturens resurser som i det närmaste oändliga. Naturen var osårbar. Den var den starka, människan den svaga. Så är det inte längre. I dag hotas naturen av människan. Vi närmar oss en gräns där biosfären inte tål mer föroreningar. Handlingsramen är inte längre självklar. Det vi gör i dag får konsekvenser för alla framtida generationer. I livsmiljömodellen är kollektivets hälsa och framtid i centrum.

Rollen att värna om människovärdet

När det gäller rollen att värna om människovärdet lyfts högteknologins betydelse fram som medel i den *bio-mekaniska modellen*. Banden mellan högteknologin och de stora sjukhusen är många och fasta. Åtskillig teknologi har också reducerat användningen av sjukhussängen. Lasertekniken är exempel. Ett annat är CT-scannern, som bl a minskat behovet av luft- och färgskalleundersökningar.

Hur ser den *psyko-dynamiska modellen* på sjukhusets roll att värna om människovärdet? I denna betonas själsterapin, insiktsskapandet och medansvaret. Det tänkande som växte fram och fick förnyad styrka under 1970-talet innebar en förändrad syn på sjukhusens roll inom mentalvården. Längst gick man i Italien, där en lag rentav förbjöd intagning på mentalsjukhus.⁴⁵

Sjukhusen spelar roll inte minst när det gäller att hjälpa djupt deprimerade människor vars barriärer mot överlagda handlingar har försvagats. Psykiatrin har alltmer flyttat in till lasaretten som egna kliniker. Under 1980-talet har

psykodynamiskt orienterade synsätt fått starkare fotfäste vid många sjukhus och vårdenheter. Intressant är också den internationella utvecklingen inom gruppodynamiken, exempelvis "large group movements".⁴⁶

När det gäller den *hälsopedagogiska modellen* finns skäl att peka på en verksamhet i Frankrike som kallas "Hôpitalisation à Domicile, HAD. Den är avsedd för patienter på sjukhus som önskar komma hem men som inte anses färdigbehandlade. Idéer har hämtats bl a från Montefiori Hospital i New York. Verksamheten omfattar hembesök av läkare och sjuksköterskepersonal samt behandling och stöd av annan personal. Där ingår också hjälp med erforderlig utrustning, läkemedel och social omvårdnad. Vidare svarar HAD för transporter, röntgenservice och laboratorieundersökningar vid behov. Hjälp ges också med grundbehov som inte patienten eller omgivningen kan tillhandahålla och med information och motion.⁴⁷ Den lasaretsanknutna hemsjukvården i Motala arbetar utifrån liknande principer.⁴⁸

Livsmiljömodellen betonar människan som kulturvarelse, beroende av vad hon företar sig med eller mot sin omvärld. I naturens helhetssystem är i princip allt beroende av allt. I den etik som lyfts fram betonas att "evolutionen saknar varje förståelse för fallet". Människans uppdrag måste innebära att vårda och vörda det svaga.

Trygghetsskaparrollen

Att skapa trygghet i osäkerheten, i den mån detta är möjligt, är en viktig uppgift för vårdsystemet. I den *bio-mekaniska modellen* tenderar "systemet" att ta på sig ansvar för en väsentlig del av patientens trygghetsbehov: "Vi lägger in patienten för säkerhets skull". Sjukhuset har möjlighet att övervaka det som händer. Det känns tryggt också för personalen, inte minst för den händelse att ansvarsnämnden senare skulle kopplas in. Men det som känns tryggt för personalen kan i olyckliga fall vara otrygt för patienten.

En episod från Solzjenitsyns *Cancerkliniken* illustrerar skillnaden mellan patientens och läkarens föreställningsramar:

"– Låt bli att skynda på oss, ligg bara lugnt, så ska vi bota er. Ligg ni bara! Det kan verka som om vi inte gjorde något speciellt men organismen försvarar sig med vår hjälp.

Och den dömde nickade. Att få klart besked hade inte alls visat sig så dödsbringande, det ingav i stället hopp.

– Här är en tumörliknande bildning av den och den typen i mediastinumtrakten, rapporterade man kanske till Leo Leonidovitj och visade fram en röntgenplåt.

Han höll upp den svarta, diffust genomskinliga röntgenfilmen mot ljuset och nickade gillande:

– Finfint foto! Verkligen fint!

Och den sjuka kände sig uppmuntrad, det stod inte bara fint till med henne, utan verkligt fint. Men att fotot var verkligt fint, berodde på att det inte behövdes tas om, det gav en odiskutabel bild av tumörens omfattning och storlek."

I den *psyko-dynamiska modellen* tillgodoses tryggheten väsentligen utanför sjukhuset. I medmänskliga relationer. I erfarenheten att det går att lita på varandra. Kanske också i insikt om det paradoxala att osäkerheten kan ha trygghetsvärde: "Allting är mycket osäkert, och det är just det som lugnar mig" (Tove Jansson).

Den *hälso pedagogiska modellens* fokus ligger i betoningen att trygghetens grund måste sökas inom oss själva.

Ett omdiskuterat vårdområde som av trygghetsskäl överförs från hem till sjukhus är barnafödandet. Förlossningarna har alltmer försjukligats. De födande kvinnornas inflytande har varit litet. Smärtstillande medel som ryggbedövning och petidin gör kvinnan sängbunden. Dels på grund av bedövningen, dels sladdarna från övervakningsapparater och dropp. Ett alternativ i vissa fall till kemisk smärtlindring är psykologiska metoder, inriktade på avspänning och psykisk kontroll. I Danmark tillskapades 1985 en lag som ger kvinnan bestämmanderätt, också rätt till hjälp av barnmorska vid förlossning i hemmet. Den så kallade ABC-rörelsen, "Alternative Birth Care", värnar om det naturliga födandet i hemlik miljö med bibehållen hög medicinsk säkerhet. Strävanden i den riktningen finns vid alltfler lasarett. I Colombia och på andra håll utvecklas den så kallade känguruvården. Mamman, pappan eller sjukvårdspersonalen bär det lilla, för tidigt födda barnet hud mot hud. Resultatet synes i flera fall vara bättre än vid kuvösbehandling.⁴⁹

Livsmiljömodellens trygghetsskapande ligger i långsiktigt omvärldsförbättrande åtgärder.

Härbärgesrollen

Sjukhusets hotellfunktion, härbärgesrollen, är viktig enligt den *bio-mekaniska modellen*. Den är mer eller mindre ofrånkomlig när det gäller mera omfattande ingrepp. Vid andra tillfällen är den överskattad. Ökad kunskap och ny teknik har medverkat till att dagkirurgi och poliklinisk behandling i viss mån ersätter inläggning på sjukhus.⁴¹ Inte bara behandling överförs från slutet till öppen vård. Det gäller också förundersökningar, utredningar och efterbehandlingar.

Internationellt finns stora regionala variationer i inläggningsfrekvens och vårdplatsantal. En reell kostnadsbesparing kan i många fall ske genom att sjukhus drar ner på härbärgesfunktionen. Att "lägga människan på rygg" väcker barnet inom oss och stärker primitiva reflexmekanismer. Institutioner utgör som regel bristfälliga substitut för den egna bostaden.

Den kanadensiska rapporten "Closer to home"² pekar på att vård i hemmet, där så är möjligt, generellt är att föredra framför vård på institution. När detta inte låter sig göras bör vården helst ges i en geografiskt näraliggande institution.

Sjukvården har tre viktiga uppgifter, menar McKeown.²⁰ Hjälpa folk att komma så riskfritt som möjligt till världen. Bistå vid sjukdom och skada. Och

hjälpa folk att lämna den här världen så människovärdigt som möjligt när den dagen kommer. Den tredje uppgiften sköts sämst.

När det gäller den *psyko-dynamiska modellen* bör den förändrade synen under senare årtionden på psykiatriska vårdinstitutioner lyftas fram. Bakom stängningen av äldre mentalsjukhus ligger också de möjligheter som nya läkemedel ger till behandling i hemmen. Italien har gått längst i denna utveckling.⁴⁵ Kanske alltför långt, menar kritikerna.

Den *hälsopedagogiska modellen* ställer frågan hur hemmen kan fungera bättre som plats för sjukvård och informell vård och vad detta kräver av lärande och nytänkande, inte minst i fråga om förebyggande insatser.

Livsmiljömodellen intresserar sig för hur samhälle och omvärld i förening kan stödja insatser som minimerar behovet av sjukhusvård. Genom omsorgskollektiv, vårdtjänstgrupper, stödjande föreningar etc.

Förebygggarrollen

"Förebyggande före byggande" – bakom den uppmaningen ligger insikten att det mesta av de otrevliga saker som händer oss människor ligger utom räckhåll för vårdsystemet. Man talar om primärt, sekundärt och tertiärt förebyggande. Till den första gruppen hör exempelvis att använda säkerhetsbälte, vaccinera sig mot polio och träna musklerna. Till sekundär prevention hör bl a att tidigt uppspåra cancer, utföra metabolisk analys av nyfödda och hålla diet efter infarkt. Tertiär prevention är nära sammanlänkad med terapi. Exempel är behandling av en inflammerad blindtarm så att inte infektionen sprids i kroppen. I den *bio-mekaniska modellen* betonas främst den tertiära och sekundära preventionen. Hälsokontroll med hjälp av mammografi anses exempelvis av vissa bedömare ha bidragit till att minska dödligheten i bröstcancer, i varje fall i en del åldersgrupper. Andra är mera skeptiska.

Också inom det primära förebyggandet bör sjukhusen ha en roll. Till sjukhusen kommer människor som råkat ut för skador. Mer än hittills bör sjukhusen arbeta för att spåra orsaker och aktivt förmedla sådan kunskap till andra samhällssektorer, till patienter och allmänhet. Intersektoriellt samarbete är nödvändigt i den förebyggande verksamheten.

Data från sjukhuset och vårdcentralerna i Motala visar att de flesta olycksfallen inträffar i hemmen, 34,8 procent. Därefter kommer idrott med 18,5 procent, arbete med 13,5 procent, trafik med 12,5 procent och övrigt med 20,6 procent.⁵⁰ Hänsyn har inte tagits till olyckornas svårighetsgrad.

Sjukhusens uppgift att förebygga sjukdom och främja hälsa bör för framtiden få större roll än hittills. Det är viktigt att inte sätta sjukhusen i motsats till förebyggandet. Den slutna och den öppna vården måste arbeta tillsammans och med frivilliga i den rollen. Systematisering och analys av skador bör kunna ge värdefullt underlag för förebyggande.

Sjukdomsförebyggandet och hälsofrämjandet i den *psyko-dynamiska modellen* har sin tyngdpunkt i nätverksbygge och relationsskapande, i självinsikt och konflikthantering. I den *hälsopedagogiska modellen* handlar det om fostran,

utbildning och lärande för en hälsofrämjande livsföring. Synen på alkohol, tobak och narkotika, på kost, sömn, arbete och stress spelar roll. Det handlar också om steget från att veta till att handla. I *livsmiljömodellen* lyfts lokalt och globalt miljöansvar fram som det centrala.

Utbildarrollen

I rollen som utbildare har sjukhusen sedan länge stor betydelse. Den uppgiften ges särskild vikt i den *bio-mekaniska modellen*. Även om många försök gjorts att tona ner sjukhusen i den medicinska utbildningen kvarstår behovet att använda inläggande patienter i elevernas och kandidaternas lärande.

I den *psyko-dynamiska modellen* ses förståelseutbildning som angelägen. Här är sjukhussängen av relativt underordnad vikt. Egenutveckling och "action learning" betonas i den *hälsopedagogiska modellen*.^{51,52,53} Tvärsektoriell utbildning ges plats i *livsmiljömodellen*.

Det karakteristiska för sjukhuset, som skiljer det från forskningslaboratoriet, läkarhuset och vårdcentralen, är sängarna. Traditionellt har läkares och sjuksköterskors utbildning i hög grad anknytits till sängen. Inget säger att det behöver vara så i samma utsträckning i framtiden. Den problemorienterade läkarutbildningen som utvecklats vid bl a Mc Master University of Ontario, Canada, vid Limburguniversitetet i Maastricht, Holland och vid Ben Gurion universitetet i Israel fäster mindre vikt vid sjukhussängen än traditionell universitetsutbildning brukat göra. Läkarundervisningen vid universitetet i Tromsø och Hälsouniversitetet i Linköping bygger på liknande synsätt.

Utvecklar- och forskningsrollen

Sjukhuset ger med sitt koncentrerade patientmaterial unikt goda förutsättningar för forsknings- och utvecklingsarbete. Den bio-medicinska och teknologiska forskningen betonas i den *bio-mekaniska modellen*. I vissa fall kan forskning och utveckling vara beroende av den kontinuerliga övervakning och vård som bara kan ske vid sjukhus. Behovet av kliniska prövningar måste tillgodoses för bl a läkemedel. Sjukhusen är av tradition viktiga enheter i sammanhanget. Den *psyko-dynamiska modellen* är mera fokuserad mot socialvetenskaplig forskning. Sådan forskning kan lika väl ske utanför som inom sjukhusets väggar. Den *hälsopedagogiska modellen* betonar forskning om hälsans förutsättningar, "wellness medicine". *Livsmiljömodellen* fäster särskild vikt vid ekologisk forskning.

Synergirollen

Synergi innebär att helheten blir mer än summan av delarna. I den *bio-mekaniska modellen* betonas sjukhuset som plats för fysisk närhet mellan många experter, vilket stimulerar kommunikation. Möjlighet ges till kunskapsmässig befruktning, viktigt för att beforska komplicerade problem och ge hjälp vid sammansatta sjukdomstillstånd.

Den synenergi som kommer av att många experter möts och samarbetar är i och för sig inte avhängig av sjukhusinstitutionen. Den kan utvecklas också i

andra sammanhang. Men sjukhusen anlitas för de mer komplicerat sjuka patienterna, dem för vilka en samlad, högt kvalificerad insats behövs. På sjukhusen finns också experter av många olika slag som lätt kan nå varandra. Synergirollen är således viktig i sjukhusens verksamhet.

Den *psyko-dynamiska modellen* lyfter fram de psykosomatiska aspekter som finns mer eller mindre tydliga i all ohälsa och synergin i att uppmärksamma både kroppsliga och själsliga behov.

I den *hälsopedagogiska modellen* är insikten viktig att det egna handlandet i samverkan med andra har hälsoeffekter. Kroppen och själen behöver vårdas och den andliga dimensionen bejakas.

Synergirollen i *livsmiljömodellen* betonar sektorsövergripande samarbete. I arbetet för hälsa ingår bl a livsmedelspolitik och jordbrukspolitik, trafikpolitik och utbildningspolitik.

Sysselsättarrollen

Få områden i samhället har växt så som sjukhusen under 1950–70-talen. Sjukhusen har blivit en av de mest framträdande expansionsindustrierna. Politiker har byggt institutioner i sin länsdel inte minst för de "säkra" arbetsmöjligheternas skull. Den *bio-mekaniska modellen* har med sin sjukhusfokusering ett givet intresse i sammanhanget. Ur sysselsättningsaspekt bjuder också hemsjukvården möjligheter, om än mindre ståtliga.

Den *psyko-dynamiska modellen* kan också främja sysselsättningen: Vårt behov av tröst är oändligt. Den *hälsopedagogiska modellen* betonar egna initiativ, egna åtgärder för sysselsättning.

I *livsmiljömodellens* ljus observeras de snart sagt gränslösa behoven medan arbetskraften däremot är begränsad. Arbetslöshet kan mot den bakgrunden ytterst ses som resultat av dålig organisation i samhället.⁵⁴

Gunnar Adler-Karlsson⁵⁵ säger i *Tankar om den fulla sysselsättningen*:

"Utan tvivel växer behovet av en vårdsektor... Vid behov kan vi väl tillåta ännu mer buller, ännu mer cancerfarliga kemikalier, ännu högre farter på våra vägar, så att vårdsektorn verkligen växer ifatt arbetslösheten."

Adler-Karlsson menar att omfattande vårdkrav betyder ett dåligt samhälle. Målet måste vara att behoven av vård, i all synnerhet kollektiv vård, ska vara så små som möjligt. Sverige har en av världens förhållandevis minsta icke-yrkesmässiga vårdsektorer. Professionaliseringen har gått längre än på andra håll.

Inför framtiden

"Om man vistas på institution blir man lätt institutionsskadad, oavsett om man är personal eller patient". Att avveckla institutionerna är inget självändamål. Syftet är att dess "offer" ska erbjudas bättre förhållanden än dem som institutionen kunde ge.⁵⁶

I dag finns för många sjukhusplatser i Sverige liksom i Norden som helhet. Förhållandet är samma i många andra utvecklade länder. I framtiden kommer mer av diagnostik och kirurgisk vård att kunna göras ambulantly, vilket minskar

behovet av sjukhussängar. Ny teknologi som resultat av forskning minskar fortsatt vårdplatsbehovet. Att bli fri från njurstenar krävde förr ett "harakiri-snitt" över magen. Konvalescentdagarna blev många. I dag räcker det med en njurstenskross som arbetar smärtfritt utan kniv.

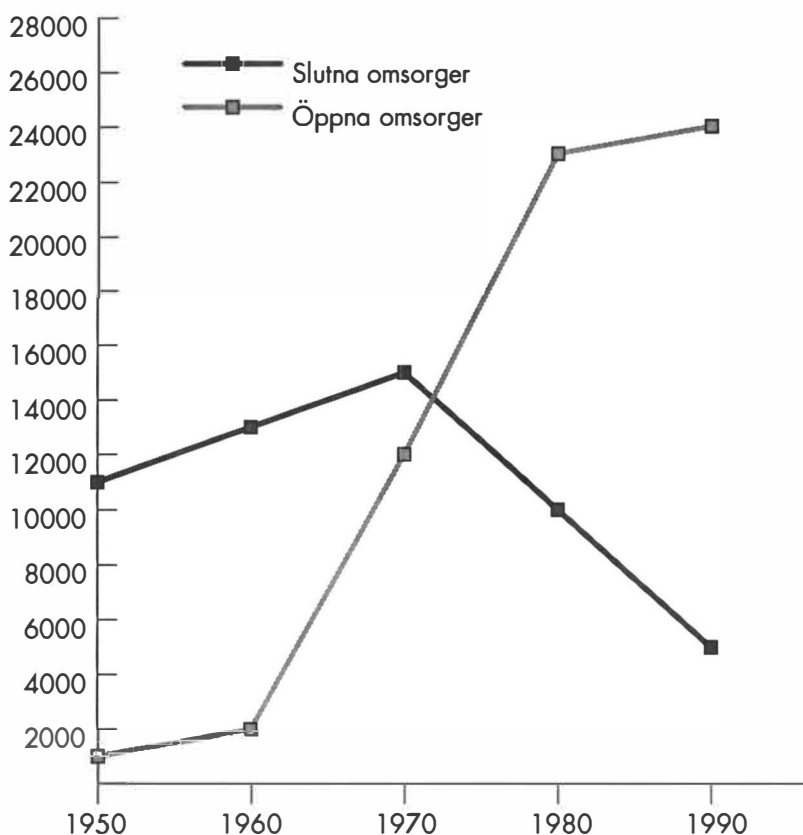
De sjukhusmässiga konsekvenserna av förändringarna i teknologi och synsätt är nära nog omöjliga att realisera i full utsträckning till följd av opinionstryck.

Sjukhuset som institution är nödvändigt och därmed ofrånkomligt. Just för att sjukhusen är så viktiga måste de analyseras och debatteras. För att sjukhusens uppgifter berör så många, för att de ligger oss så nära hjärtat bör deras roller och utveckling fortlöpande genomlysas. Se tabell 10:1.

Tabell 10:1 Sjukhusens roll

Roll	Sjukdomssyn		Hälsosynsätt	
	Biomekaniska modellen	Psykodynamiska modellen	Hälsopedagogiska modellen	Miljömodellen
Livräddarrollen	Sjukhuset räddar liv vid kritiska händelser	Relationer kan rädda liv	Självsaboterande livsvanor är livets stora hot	Ett sjukt samhälle behöver räddning
Livskvalitet-förbättrarrollen	År till livet	Liv till åren	Hälsa till livet	Luft, jord, vatten, måste värnas
Rollen att värna människovärdet	Högteknologin betonas	Själsterapin betonas	Engagemanget betonas	Nätverken betonas
Trygghets-skaparrollen	Vi tar hand om dina problem	Vi förstår dina problem	Du kan påverka dina problem	Allt hänger samman, allt är osäkert
Härbärgesrollen	Sjukhuets hotellfunktion betonas	Mottagningen och hemsjukvården betonas	De egna hemmen betonas	Det totala livsrummet betonas
Förebyggerrollen	Teritär och sekundär prevention		Primär prevention	
Utbildarrollen	Lära mer om mindre	Förståelse- och relationsutbildning	Utveckla sig själv	Tvärssektoriell utbildning
Utvecklar- och forskningsrollen	Biomedicinsk forskning betonas	Socialpsykiatrisk forskning betonas	Hälsoforskning betonas	Ekologisk forskning betonas
Synergirollen: helheten blir mer än delarna	Sjukhuset ger stimulerande fysisk närhet mellan många experter	Soma och psyke finns med i all ohälsa	Kroppen, själen och den andliga dimensionen bör ses som en helhet	Sektorsövergripande samarbete för förändring
Rollen att skapa sysselsättning	Sjukhusen – en av vår tids sysselsättningsskapare	Vårt behov av tröst är oändligt	De egna nätverken betonas	Behoven är gränslösa, arbetskraften ändlig. Arbetslöshet är "dålig organisation"

Figur 10:1 Antalet utvecklingsstörda i slutna och öppna omsorger 1950–90



Diskutera

1. Varför fungerar sjukhusen som vårdmag-
neter?
2. Vilka historiska skäl finns bakom sjukhu-
sens tillväxt?
3. Kan också strävandena att av principiell-
a skäl ge vård i hemmet i stället för på
institution bli en form av auktoritär
myndighetsutövning?
4. I vilken mån kan sjukdom ses som kom-
munikation av kulturellt inlärda symbo-
ler?
5. Bara hälften anser att vi har rättvis vård.
Kommentera!
6. Har sjukhusens livräddarroll övervärde-
rats?
7. Dödligheten bland nyfödda har sjunkit.
Diskutera mot den bakgrunden begrep-
pen "minimal dödlighet" och "optimal
dödlighet".
8. Diskutera resultaten från studien om
effekten av kirurgernas strejk i Los
Angeles-området.
9. Äldre som står på psykofarmaka riske-
rar relativt ofta att råka ut för olycks-
fall på sjukhus. Vad kan göras för att
minska olyckorna?
10. Hur viktiga är de tio roller för sjukhu-
sen som lyfts fram i kapitlet? I vilken
mån kan de tillgodoses utanför sjuk-
hus?
11. Vilka faktorer talar för minskad
användning av sjukhus i framtiden?
Vilka talar emot?
12. Figur 10:1 anger antalet utvecklings-
störda i slutna och öppna omsorger
1950–90 (Källa: Karl Grünewald).
Diskutera utvecklingen och faktorer
bakom denna.

Litteratur

- ¹ Evans, R.G., *Strained mercy*, Toronto: Butterworth, 1984.
- ² *Closer to home. The report of the British Columbia Royal Commission on Health Care Costs*, Victoria BC: Crown Publications/Province of Columbia, 1991.
- ³ Siegel, B.S., *Kärlek, medicin och mirakel*, Stockholm: Bonniers, 1990.
- ⁴ Green, J.A., "Minimizing malpractice risks by role clarification. The confusing transition from tort to contract", *Annals of Internal Medicine* 1988: 1 augusti.
- ⁵ Finansdepartementet, *Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980*, Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Stockholm: Ds Fi 1985:3.
- ⁶ Herzman, P., och Lindgren, B., *Sjukdomarnas samhällsekonomiska kostnader 1964–1975*, Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi 1980:2.
- ⁷ Ståhl, I., *Can health care costs be controlled? A study in production and development in health care*, Lund: Dialogos, 1986.
- ⁸ Statens rasjonaliseringsdirektorat, *Produktivitetsmätning i sykehus*, RD Rapport 1981:17, Oslo: Statens Rasjonaliseringsdirektorat, 1981.
- ⁹ Steenstrup, J.E. och Madsen-Östbye, K., *Sundhetssektorn*, Köpenhamn: Amtskommunernes og kommunernes forskningsinstitut, 1981.
- ¹⁰ Lagergren, M., *Den dyra vården – kvarnsten eller räddningsplanka? En analys av vårdsektorns roll för ekonomi och sysselsättning i framtiden*, Stockholm: Sekretariatet för framtidsstudier, 1981.
- ¹¹ Jönsson, B., *Den ändrade åldersfördelningens effekter på sjukvårdskostnadernas utveckling*, Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, 1980:3.
- ¹² Gerdtham, U-G., *Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna*, Linköping: Centrum för Utvärdering av Medicinsk Teknologi, Universitetet i Linköping, Rapport 1990:3.
- ¹³ Allander, E., "Centrallasarettet som vårdmagnet", *Sjukhuset*, 1973;50(2):126–127.
- ¹⁴ Magnusson, G., *Excessive use of medical care or rational patient behaviour: A study of a large hospital emergency department*, Stockholm: Karolinska Institutet, 1980.
- ¹⁵ *Vård på lika villkor. Socialstyrelsen redovisar 1983:6*, Stockholm: Socialstyrelsen, 1983.
- ¹⁶ Starr, P., *The social transformation of American medicine*, New York: Basic Books, 1982.
- ¹⁷ Gyllensten, L., "Det dolda läkarsamhället", *Läkartidningen*, 1970;69(5):505–516.
- ¹⁸ *Hälso- och sjukvård att tycka om*, Stockholm: Landstingsförbundet, 1985.
- ¹⁹ Sommer, J.H., "Health care costs out of control: The experience of Switzerland", *World Health Forum*, 1985;6(1):3–9.
- ²⁰ McKeown, T., *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?*, London: Nuffield, 1976.
- ²¹ Saunders, M.C. et al, "The effect of hospital admission for bed rest on the duration of pregnancy: A randomized trial", *Lancet*, 1985;12 oktober, 793–795.
- ²² Wennergren, B., "Grundlagen påbjuder dödshjälp", *Dagens Nyheter*, 17 april 1985.
- ²³ Illich, I., *Medical nemesis. The expropriation of health*, London: Calder & Boyars, 1975.
- ²⁴ Roemer, M.I. och Schwartz J.L., "Effekten av en läkarstrejk i Los Angeles på befolkningens hälsa", *Svensk Tidskrift för Biologisk Medicin*, 1983;4:12–16.
- ²⁵ Mendelsohn, R.S., *Den vita lögnen: Hur man ifrågasätter läkarna och tar ansvar för sin hälsa*, Stockholm: Askild & Känekull, 1981.
- ²⁶ Mather, H.G. et al, "Acute myocardial infarction. Home and hospital treatment", *British Medical Journal*, 1971; 7 augusti, 334–388.
- ²⁷ Mather, H.G. et al, "Myocardial infarction: A comparison between home care and hospital care for patients", *British Medical Journal*, 1976; 17 april, 925–929.
- ²⁸ Bennett, A., "Cost containment and quality control. The contribution of the epidemiologist", *World Hospitals*, 1974;4: 232–234.
- ²⁹ Hill, J.D. et al, "A randomized trial of home versus hospital management for patients with suspected myocardial infarction", *Lancet*, 1978;837–841.
- ³⁰ Wennberg, J.E., Freeman, J.L., Shelton, R.M. och Bubolz, T.A., "Hospital use and mortality among medicare beneficiaries

- in Boston and New Haven", *New Engl Journal of Medicine*, 1989;321:1168–1173.
- ³¹ Wennberg, J.E., "Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing", *New Engl Journal of Medicine*, 1990;323:1202–1204.
- ³² *Folkhälsorapport 1987. Socialstyrelsen redovisar 1987:15*, Stockholm: Socialstyrelsen, 1987.
- ³³ Roemer, M.I., "The value of medical care for health promotion", *American Journal of Public Health*, 1984;3:234–238.
- ³⁴ Svensson, M-L., *Falls and accidents among the elderly. Analysis of injuries, risks and consequences and preventive possibilities*, Göteborg: Göteborgs universitet, 1991.
- ³⁵ Udén, G., *Säkrare vård – en analys av patientolycksfall*, Malmö: Lunds universitet, Institutionen för ortopedisk kirurgi, Malmö allmänna sjukhus, 1986.
- ³⁶ Gofman, J.W. och O'Connor, E., *X-rays. Health effects of common exams*, San Francisco: Sierra Club Books, 1985.
- ³⁷ Russell, J.G.B., "Assessment of priorities when introducing some radiation protection methods in radiodiagnosis", *British Journal of Radiobiology*, 1986;59:153–156.
- ³⁸ Bergman, C., "Vad är en rimlig kostnad för ett inbesparat cancerfall?", Stockholm: Statens strålskyddsinstitut (ALFA-2), 10 december 1991 (stencil).
- ³⁹ Brennan, T.A., Lucian, L.L., Laird, N.M., Herbert, L. et al, "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Result of the Harvard Medical Practice Study I". *N Engl J Med*, 1991; 324:3700–3706.
- ⁴⁰ Leape, L.L., Brennan, T.A., Laird, N., Lawthers, A.G. et al, "The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II". *N Engl J Med*, 1991;324:370–376.
- ⁴¹ Aas, M., *Poliklinikker og dagkirurgi*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1991.
- ⁴² Cullberg, J., *Dynamisk psykiatri*, Stockholm: Natur och Kultur, 1985.
- ⁴³ Asheim, I., *Øyet og horisonten. Grunnproblemer i aktuell etikkdebatt*, Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
- ⁴⁴ Cullberg, J., "Om den psykiska ohälsans orsaker och hur den psykiska hälsan kan främjas", Expertdokument för Folkhälsogruppen, Nacka: Enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling, 1991 (stencil).
- ⁴⁵ Perris, C. och Kemali, D. (red), *Focus on the Italian psychiatric reform* (Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl 0065–1591; 316), Köpenhamn: Munksgaard, 1985.
- ⁴⁶ Lund, L.G., Leimann, H., *De nya känsloterapierna*, Stockholm: Natur och Kultur, 1981.
- ⁴⁷ Clarke, F., *Hospital at home. The alternative to general hospital admission*, London: Macmillan, 1984.
- ⁴⁸ Beck-Friis, B., *Hospital-based home care of terminally ill cancer patients*, Uppsala: Uppsala universitet, 1993.
- ⁴⁹ Wahlberg, V., "Den naturliga kuvösen", *Jordemodern*, 1985; oktober, 315–319.
- ⁵⁰ Lindquist, K., *Olycksfall i Motala kommun under ett år – en totalinventering*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, MPH 1988:6.
- ⁵¹ Schön, D.A., *The reflective practitioner*, New York: Basic Books, 1983.
- ⁵² Argyris, C., Schön, D.A., *Organizational learning. A theory of action perspective*, Reading, Mass: Addison-Wesley, 1978.
- ⁵³ Argyris, C. och Mc Lain Smith, D., *Action science. Inner contradictions of rigorous research*, San Fransisco: Jossey-Bass, 1985.
- ⁵⁴ Brenner, M.H., *Estimating the social cost of youth unemployment problems 1974–76. The vice president's task force on youth employment*, Waltham: Center for Public Service, Brandeit University, 1980.
- ⁵⁵ Adler-Karlsson, G., *Tankar om den fulla sysselsättningen*, Stockholm: Prisma 1978.
- ⁵⁶ Creutzer, M. och Grip, L., *Bort från institutionen. Hinder och möjligheter i avvecklingen av vårdhem och mentalsjukhus*, Stockholm: Larsons förlag, 1988.

11. Aktörer och strukturer

– Om chefskapets kvalitet

Definitioner 188 • Aktörssynsätt och system-synsätt 188 • En modell 196 • I brytpunkten 197 • Diskutera 197 • Litteratur 198

Två skilda antaganden förs fram i diskussionen om hälso- och sjukvårdens effektivitet. Det ena innebär att vården fungerar så väl som rimligen kan begäras. Om det existerar en kris, så består den av en mer eller mindre permanent brist på resurser. Lösningen skulle vara att resurser förs över till vård från andra områden.¹

Det andra antagandet innebär att mycket mer kan utföras med de resurser som redan finns, under förutsättning att de används mer rationellt.²

Vad stöder antagandena? Åtskilligt förs fram till förmån för det *första*. Hälso- och sjukvården hör till de högst värderade sektorerna i samhället.³ I Sverige och Danmark minskade ändå resurserna till sjukvården enligt officiell statistik något i andel av BNP under 1980-talet, i motsats till andra västländer.⁴ Hälso- och sjukvården bör inte ges skulden för den ekonomiska krisen i offentlig verksamhet. Orsaken är snarare skenande transfereringar och sviktande skatteunderlag.

En hel del talar också till förmån för det *andra* antagandet. Kostnaden per invånare för hälso- och sjukvård är 46 procent högre i det dyraste landstinget jämfört med det billigaste.⁵ De regionala variationerna är stora i användningen av sjukhus.⁶

Medelvårdtiden varierar kraftigt i likartade fall mellan sjukhus.⁶ Flaskhalsar och revirtänkande skapar problem.^{7,8} Personalens tid, inte minst läkarnas, skulle kunna användas effektivare med annan schemaläggning och organisation. Tandhälsan förbättras. Ändå ökar tandvårdskostnaderna.⁵ I Sverige som helhet har 15 procent av sjukhusens sängar tagits i anspråk av klinikfärdiga patienter.⁹ Administrationskostnaderna står under diskussion.^{10,11}

Det är inte självklart att de institutioner som har lägst kostnad är effektivast eller att de som har högst är sämst på att sköta sina vårduppgifter. Det är tänkbart att de billiga ger för litet vård i förhållande till behoven, eller att hälsotillståndet varierar så kraftigt mellan landsdelarna att skillnaderna är motiverade. Men ingen har övertygande påvisat sådana bärande skillnader.

Kan "botemedlen" vara högre kvalitet i chefskapet och bättre organisation?

Definitioner

Tre begrepp är centrala: kvalitet, chefskap och organisation.

Kvalitet

Kvalitet betyder hög grad av goda egenskaper. Till det viktiga för kvalitet i hälso- och sjukvården hör:

Att vården är tillgänglig – fysiskt, ekonomiskt och kulturellt. Att den är relevant i förhållande till befolkningens behov, inklusive att sjukhusinfektioner och vård- och behandlingsframkallade skador i övrigt reduceras så långt möjligt. Att möjligheten till vård och hälsa är någorlunda jämlik. Att vården har samhällelig acceptans och bedrivs med god ekonomi, produktivitet och effektivitet.¹² Se kapitel 15, "Kan man lita på sjukvården?"

Kvalitetskraven kan vara motstridande. Jämlikhet i vårdtillgång över hela landet kan exempelvis vara i konflikt med kravet på god ekonomi.

Chefskap

Att vara chef innebär bestämmande ställning i en organisation. Nyckelfaktorer är ansvaret att samordna skilda enheter och viss grad av handlingsfrihet. Becker och Neuhauser¹³ skiljer mellan professionella som producerar och chefer som koordinerar. Det är en linje som bör mjukas upp där så är möjligt, inte minst för att reducera onödigt spänning mellan medicin och administration.

Medan chefskapet baseras på bestämmande ställning i organisationen bärs ledarskapet upp av medarbetarnas förtroende. Medan ledaren har anhängare och sympatisörer kan chefen dessutom ha ambivalenta, motståndare och fiender som underordnade.

Organisation

Organisation innebär ordnat system, en struktur för arbetsfördelning, befogenheter och kommunikation med syfte att nå resultat.

Aktörssynsätt och systemsynsätt

Två inriktningar finns när det gäller hur effektiviteten kan förbättras. Det ena är aktörssynsättet. Där betonas chefs roll, dennes egenskaper, karisma, ledarstil och hantering av konflikter.^{14,15,16} Det andra är systemsynsättet. Där betonas organisationens struktur, deltagande i beslutsprocesser och användningen av tiden på skilda arbetsuppgifter. Också organisationens kultur, traditioner och normer är viktiga.¹⁷

Aktörssynsättet

Åtskilliga fallstudier och anekdoter betonar chefens roll: "Får vi en bra chef blir det ordning på verksamheten". Chefen botar kostnadsböld och dålig arbetsmoral hos medarbetarna.¹⁸ Systematiska analyser har också gjorts av chefskapets betydelse.

Två forskare, Lieberson och O'Conner, analyserade ledningen i 167 amerikanska börsföretag åren 1946 till 1965.¹⁹ Förändringar i chefskapet ansågs ha haft relativt liten betydelse för företagens framgång enligt en första studie. Men fortsatta analyser har lyft fram chefens avgörande betydelse. Den "oförklarade företagsvinst" som ansågs kunna hänföras till chefskapet låg mellan 61 och 73 procent.²⁰

I många organisationer slösas energi på konflikter mellan anställda. De kräver tid av chefer och av arbetsgemenskapen. En provosten för ledarskapet är det sätt på vilket konflikter hanteras. I litteraturen har tre metoder lyfts fram: konfrontation, makt och konfliktundvikande.²¹ En studie av forskarna Lorsch och Morse²² pekar på att framgångsrika chefer använde konfrontation hellre än de båda andra metoderna. Konfrontation kännetecknas av försök att finna motiv bakom konflikter och metoder att aktivt hantera dem. Maktmetoden visade sig vanligast i ineffektiva organisationer. Den innebar försök att nå framgång på andra parter bekostnad.

I varje verksamhet där beroendet är starkt mellan gruppmedlemmar finns behov av gemensamma synsätt. Därför ansågs förr konflikter skadliga för en organisation.²³ Den inställningen har fallit ur mode. Konflikter går inte att undvika. De kan vara fruktbara såvida de inte medför mänskliga och organisatoriska förluster.^{24,25}

Bland faktorer som ansetts känneteckna gott chefskap märks förmågan att motivera,²⁶ att situationsanpassa ledarstilen,²⁷ att bygga på de enskilda medarbetarnas behov,²⁸ att vara resultatorienterad²⁹ samt att klargöra verksamhetens filosofi och utveckla dess kultur.³⁰ Viktig är också förmågan att delegera och decentralisera, att arbeta med, för och genom andra.

Under senare år har chefens betydelse för den strategiska utvecklingen fått särskild betoning.³¹ Japanska företags framgångar skapade intresse för andra sätt att leda än de västerländska. Känsla för det subtila i mänsklig samverkan, för det icke-materiella, har betonats.³² Chefen har betydelse också som symbol, som skapare av anda och visioner.

En karakteristik kan göras av chefstyper i två dimensioner. En gäller benägenheten att nytänka. Den kan, enkelt uttryckt, vara hög eller låg. Den andra gäller lojalitetens riktning. Lojaliteten kan primärt riktas mot lokala eller övergripande intressen. Den med låg innovationsbenägenhet och lojalitet mot i första hand lokala intressen kan betecknas *expeditör*. Om innovationsbenägenheten är låg och lojaliteten i första hand gäller övergripande intressen kan man tala om en *formalist*. Om innovationsbe-

nägenheten är hög och lojaliteten primärt riktad mot lokala intressen tenderar chefen att bli *expansionist*. Den med hög innovationsbenägenhet och lojalitet mot i första hand övergripande intressen karakteriseras som *katalysator*. Denne balanserar nya uppslag och idéer mot verksamhetens intentioner. Han eller hon är inte rädd för att omfördela resurser. Det sker i medvetenhet om att det kan finnas viktigare resurskrav än de egna.³³ Se tabell 11:1.

Tabell 11:1 Fyra ledartyper

		Innovationsbenägenhet	
		Låg	Hög
L o j a l i t e t	Primärt mot lokala intressen	Expeditor	Expansionist
	Primärt mot övergripande intressen	Formalist	Katalysator

En grupp sjukvårdsanställda har karakteriserat sina chefer. Här följer bilden av fyra arbetsledare.

Klinikchef Andersson. Klinikchefen? Med honom har jag inte så mycket att göra. Det faller sig inte naturligt att samtala med honom om problemen på avdelningen. Kommer känsliga frågor upp brukar han säga att det får vi väl skriva till administrationen om. Han tycker inte om att ta ställning. Jag vill kalla honom obeslutsam. Vi brukar ofta försöka ha rondens avklarad innan han kommer, annars drar den ut för mycket på tiden. Organisatoriska problem gör honom irriterad. Han har väldigt många bisysslor som upptar hans intresse. Jag har en känsla av att kliniken kommer i andra hand. Fackligt är man rätt kritisk mot hans sätt att administrera. Han säger inte gärna nej, även där han alldeles klart borde. Ibland är det klinikföreståndaren, ibland den facklige företrädaren som får försöka reda upp det hela efteråt.

Klinikchef Petersson. Han är en vänlig och försynt doktor, en forskartyp med fina mänskliga egenskaper. Han är inte den som kontrollerar vårt arbete. Det är bara när något speciellt inträffat som han tar sig tid. Gäller det formalia är han experten. Så fort man kommer in till honom och frågar om något börjar han slå i sina väl ordnade pärmar. Att han är solidarisk mot givna direktiv går det inte att ta fel på. Dem följer han, även om vi tycker resultatet ibland blir nästan absurt. Han ändrar inte gärna på något han en gång har sagt. Det skulle vara bra om han ville ta del litet mer i det dagliga sjukvårdsarbetet, han är ju ändå klinikchef.

Klinikchef Lundström. Chefen för vår klinik är den verkliga entusiasten. Idérik, har mängder av uppslag som handlar om hur kliniken ska utvecklas. Han är oerhört talför, pratar runt, runt. Han älskar att agera på långa sammanträden. Efter en tid blir man ganska trött på hans standarduttryck. Hans glöd beundrar man, hans energi. Att han orkar sätta sig in i allt det nya som kommer. Varje år har han begärt ny utrustning och personal. En del får vi, annat inte. Han är en dålig förlorare. Han blir sur och arg om allt inte går i hans banor. Trots att jag arbetat länge vid kliniken känner jag mig som en liten skolflicka inför honom. Inte av rädsla men av en sorts obehag att behöva ta hans tid i anspråk. Ändå är han på många sätt faderligt stödjande och omtänksam mot personalen.

Klinikchef Janson. Vår klinikchef är kamraten. Oerhört lojal utåt mot personalen, även om han minsann kan säga från, både till läkarkolleger och annan personal. Man känner att han litar på en. Han lyssnar när man kommer, visar aldrig tecken på irritation. Vågar stå på egna ben, håller inte med den han sist talade med. Det fanns en del rutiner tidigare som var tungrodda. Han har fått ändring på dem, efter kontakt med sjukvårdsledningen. Det ger mer tid för patientarbete. Man kan gå till honom med sina förslag. Han ligger steget före och informerar om utvecklingen. Han har förmåga att delegera. Man ser honom ofta i samtal med patienter, personal och elever. Konstigt, han tycks ha tid för allesamman.

Ledare i arbete. Den passive expeditörschefen tycks sakna vänner. Expansionsskedet i sjukhusvården synes i stort sett höra det förflutna till, behovet av expansionister är täckt. Formalisten står chanslös i ramlagarnas tidsskede. Kraven växer på chefens katalysatoregenskaper: att kunna hantera motsättningar mellan aktörer.

Viktigt för framtidens vård, med ökande krav från patienter och begränsade resurser, är chefernas och medarbetarnas förmåga till lösningar som gagnar helheten.

I en studie av företagsledare i arbete säger Sune Carlson³⁴ att när han startade undersökningen var han benägen att betrakta chefen som en orkesterledare, stående avsidet på dirigentpulpeten. Efter undersökningen såg han chefen i vissa avseende snarare som dockan i en marionetteater där hundratals människor rycker i trådarna och "tvingar" honom att handla på det ena eller andra sättet. Bara en femtedel av arbetstiden var chefen ensam. Genomsnittstiden för chefernas ensamstunder var så låg som åtta minuter. Men, säger Carlson, jag är inte säker på att de skulle veta vad de skulle göra om de inte blev så mycket störda.

Organisationer är tummelplatser för viljor och åsikter. Samtidigt finns regelbundenheter i det tillfälliga. Balans behövs mellan uppgift, teknik, struktur och människosyn. Teoretikerna talar om behovet av avlärn timer i rollen som chef. Organisationsforskaren James March³⁵ uppmanar läsaren att behandla sitt minne som sin fiende. Att i ett krisläge falla tillbaka på sådant som man lärt och vet kan förstärka problemen. Det kan vara viktigt att "glömma" vad man kan, att få ordning på sitt avlärande och inrikta sig mer experimentellt. Man fastnar lätt i rutiner. Läkare som inte tror på sin första diagnos anses ha

bättre resultat än dem som binder upp sig för en diagnos och ordinerar efter denna.

Chefer sysslar snarare med "smeten" än med välstrukturerade beslutsproblem, menar Ackoff.³⁶ En "smet" är en helhet av externa och interna förhållanden som förorsakar otillfredsställelse. Beståndsdelarna är mer eller mindre ogripbara. De är svåra att observera. Det vi kallar problem är element från "smeten", och den kan inte hanteras genom att varje delproblem betraktas oberoende av de andra.

Systemsynsättet

Tre systemfaktorer ska tas upp: organisationens struktur, graden av medinflytande och ledningens inriktning på skilda arbetsuppgifter.

En klassisk studie av forskarna Lawrence och Lorsch riktade fokus mot organisationsstrukturens beroende av organisationens miljö.³⁷ När omvärlden var någorlunda stabil visade sig en relativt mekanistisk organisationsstruktur fungera väl. Men när omvärlden förändrades i snabb takt krävdes mer dynamiska, organiska former för organisation.³⁸ Teknologin spelar också roll, som framgår av en undersökning.

Fyra tillverkningsföretag, två av dem relativt effektiva och två mindre effektiva, samt sex forskningslaboratorier, tre av dem relativt effektiva och tre mindre effektiva, studerades av Lorsch och Morse.²² I de effektiva *tillverkningsföretagen* fanns inflytandet samlat i organisationens ledning. Motsatsen, hög grad av decentralisering, gällde för de mindre effektiva tillverkningsföretagen. De effektiva *laboratorierna* förankrade besluten brett bland personalen. De mindre effektiva laboratorierna hade besluten koncentrerade till ledningen.

Organisationer med kreativa arbetsuppgifter, som kunskapsföretag, tenderar att vara mindre effektiva om de har byråkratisk struktur, dvs vad som i kapitel 12 kallas lokomotivorganisation. Som helhet är det viktigt att hålla samman beslut, ansvar, befogenheter och resurser. Avgörandena bör ligga så nära mötesplatsen mellan patient och organisation som möjligt.

Hur långt är det rimligt att driva personalmedverkan i besluten? Finns en tendens att alltför mycket tid används för sammankomster och gruppaktiviteter? Lorsch och Morse²² fann att de minst effektiva tillverkningsföretagen hade mest gruppmedverkan. Medarbetarna hade en känsla av att de spillde tid på ärenden som bättre kunde skötas av ledningen. Möten ägde rum där beslut ändå inte kunde fattas. Förhållandet var annorlunda i forskningslaboratorierna. De effektiva hade hög grad av personalmedverkan i avgörandena.

Många problem är så komplicerade att gruppaktiviteter är nödvändiga för att lösningar ska vara möjliga. Men i några studier har framkommit att en tredjedel av de individuella lösningarna var mer nyskapande än grupplösningarna. Åtta av tio individuella lösningar förlorades i grupparbetet.³⁹ Organisationens

Figur 11:1 Några organisationsskolor under 1900-talet, med hänsyn till när de uppträtt i "modern" form

Ledaren som ideolog	Ledarskaps-etiken 1990-talet		
		Marknadsorienteringen 1980-talet	Ledaren som riskolog
Ledaren som förverkligare	Policyanalysen 1970-talet		
		Teknologivärderingen 1960-talet	Ledaren som planerare
Ledaren som nätverksbyggare	Systemanalysen 1950-talet		
		Operationsanalysen 1940-talet	Ledaren som effektivitets-analytiker
Ledaren som evaluerare	Kostnads–nyttö-analysen 1930-talet		
		Arbetssociologin 1920-talet	Ledaren som motivations-skapare
Ledaren som produktions-tekniker	Rationaliseringsrörelsen 1910-talet		
		Byråkratiteoretikerna 1900-talet	Ledaren som reglernas mästare

mål kan fördunklas om man fäster alltför stor vikt vid gruppssammanhållning.⁴⁰ En tredje aspekt gäller vilka arbetsuppgifter som är mest väsentliga för ledningen att ägna tid åt.

Organisationsskolor. Varje årtionde under 1900-talet synes ha haft sin egen viktiga fråga med krav på ledningens engagemang. Se figur 11:1.

Vid sekelskiftet betraktades chefen som "reglernas mästare" i Max Webers byråkrati-teorier.⁴¹ Rationaliseringsrörelsen, "scientific management", med blomstring från 1910-talet, betonade chefens roll som *produktionsexpert*.⁴² Tids- och metodstudier och ackordslön var centrala frågor. Western Electric-studierna, som startade mot slutet av 1920-talet och resulterade i det arbetssociologiska "human relations"-synsät-

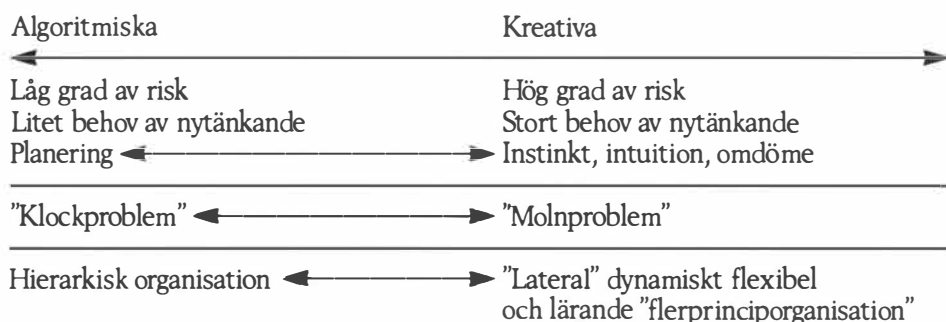
tet, lyfte fram chefsens roll som *motivationsskapare*.^{43,44} Cost-benefit-synsättet, delvis inspirerat av ekonomen John Maynard Keynes på 1930-talet, betonade ekonomisk *evaluering* i samhällsperspektiv.⁴⁵ De allierades operationsanalys, tillkommen i samarbete mellan filosofer och matematiker under 1940-talets krigsår, ville skapa effektivitet genom *besluts-teknisk optimering*.⁴⁶ Systemsynsättet, som byggde på von Bertalanffys 50-talsarbeten, såg ledaren som *nätverkens mästare*.⁴⁷ Med teknologivärderingen under 1960-talet lyftes långsiktig strategisk *planering* fram.⁴⁸ *Policyanalysen* föddes som akademisk disciplin under 1970-talet. Till skillnad mot rationaliseringsrörelsens och operationsanalysens normativa teorier var utgångspunkten beskrivande och analytisk. Varför, frågade man, blir bra beslut så ofta dålig praxis? Och vad gör att dåliga beslut ibland, trots allt, kan bli bra verklighet? Implementeringen, genomförandet av besluten, var således i fokus.^{49,50}

Under 1980-talet har "riskologi" och "marknadslösningar" nått bred popularitet.⁵¹ Chefens roll som riskabsorberare betonas. Också i sjukvården har begrepp som "profit centers" med lokalt budgetansvar vunnit insteg.⁵² Se figur 11:1.

Under 1990-talet torde chefskapets etiska frågor få allt större uppmärksamhet.^{53,54} Det är ett område som kan innebära större krav på kreativ kapacitet än någon av de tidigare skolbildningarna. Chefen är organisationens samvete och väntas göra verklighet av nyttoetikens mål. Det handlar om strävanden till "största möjliga nytta för befolkningen" i en situation med växande tryck på resurserna.

En chef möter två slag av problem. De kan kallas "klockproblem" respektive "molnproblem". "Klockproblemen" innebär litet behov av nytänkande och låg grad av risk. Det finns tillvägagångssätt, räkneregler eller "algoritmer" som kan nyttjas för att finna "lösningar". Planering kan spela en viktig roll. Den hierarkiska organisationen kan appliceras. Det andra slaget av problem kan kallas "molnproblem". Behovet är stort av nytänkande, av "fingertoppskänsla", intuition och omdöme. Risken är betydligt större att man kan hamna "snett". Här kan en "flerprinciporganisation" som är dynamisk och lärande komma bättre till pass. Se figur 11:2.

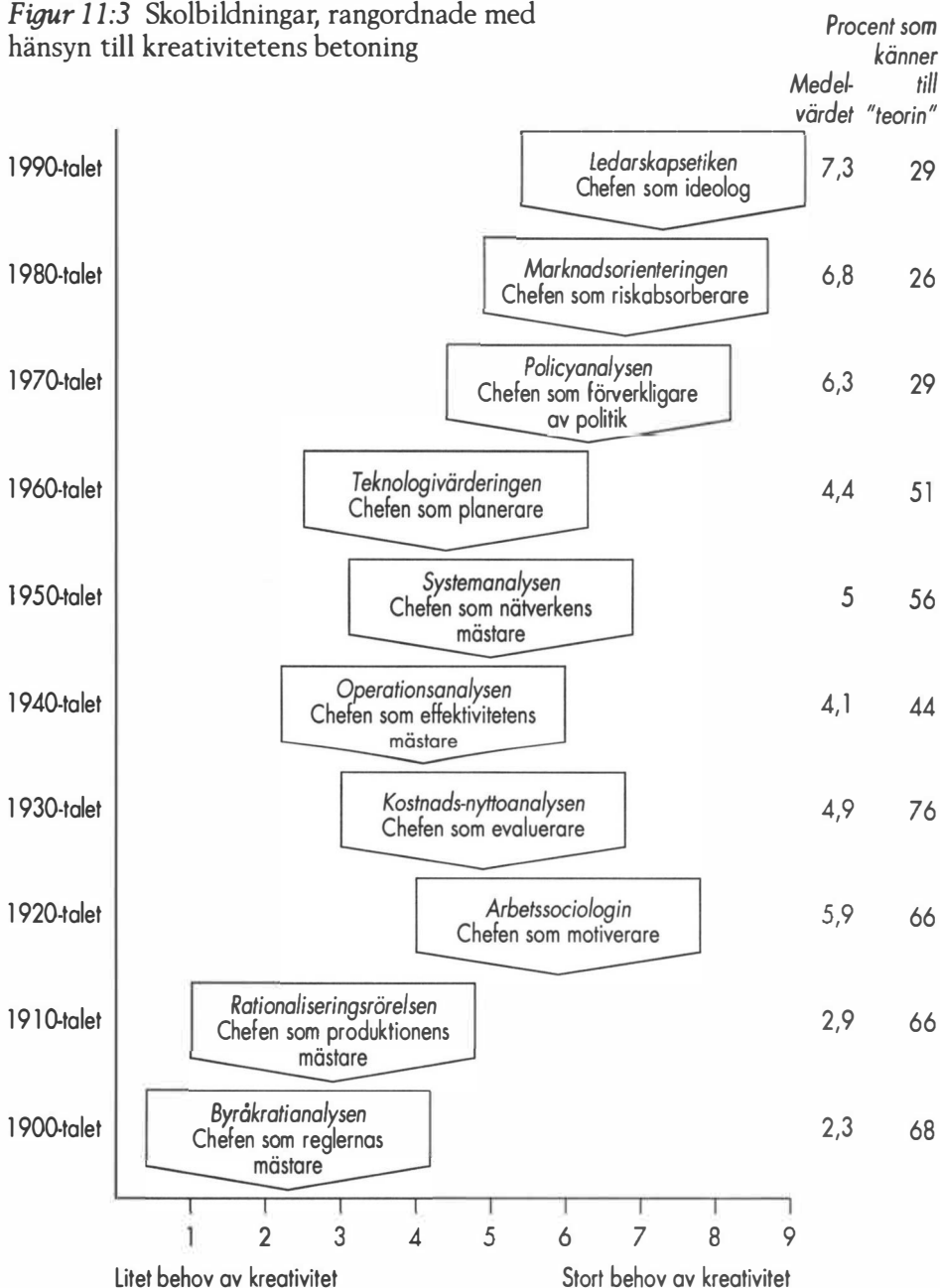
Figur 11:2 Skilda slag av organisation behövs för olika problem



En undersökning. Jag har frågat 41 studerande på "post-graduate-nivå" dels om de känner till var och en av skolbildningarna, dels hur de i så fall vill rangordna dem på en skala från ett till nio efter hur starkt de anser att respektive skolbildning betonar behovet av kreativitet hos chefen. Se figur 11:3.

Den skolbildning som var mest välkänd är byråkratiskolan, 68 procent. Därefter kommer rationaliseringsrörelsen och "human relations", 66 procent. Minst kända är de tre senaste årtiondenas skolbildningar.

Figur 11:3 Skolbildningar, rangordnade med hänsyn till kreativitetens betoning



Betoningen av chefens kreativitet bedöms vara starkast när det gäller "management ethics" "riskologi och marknadsorientering" samt "policy analysis". Lågst ligger seklets två tidigaste skolbildningar.

Även om varje årtionde här företräds av en skolbildning är det viktigt att se dem som delar i en fortgående utvecklingsprocess. Det finns lärdomar för framtiden hos var och en. En skolbildnings aktualitet avtar inte nödvändigtvis när decenniet skiftar.

Vid det här laget bör det stå klart att något motsatsförhållande mellan aktörssynsättet och systemsynsättet egentligen inte existerar. Ansvariga chefer och ledare agerar i organisatoriska system för att påverka företagskulturen och nå resultat. Även om kriterier och mål skiljer sig mellan enskilt näringsliv och offentlig verksamhet kan vissa paralleller dras till sociala organisationer från företagsinriktade teorier.

Vilka är problemen

Landstingsförbundet publicerade 1987 en studie där 1600 svenska klinik- och vårdcentralschefer samt 140 politiker och 140 administratörer gav sin syn på verksamhetens problem.⁵⁵ Frågelistan innehöll 134 påståenden om samarbete och arbetsuppgifter. Svarsfrekvensen var 80 procent för läkarna och 70 procent för politikerna och administratörerna. Följande problem gavs högst rang av klinik- och vårdcentralscheferna.

1. Våra sjukvårdspolitiker har för dålig kunskap om den verksamhet vi bedriver.
2. Jag har för lite tid att ägna åt planering och framtidsfrågor.
3. Jag känner ibland att mina kunskaper i datafrågor skulle behöva förbättras.
4. Våra anslag för personalens utbildning är otillräckliga.
5. Jag saknar medel för att belöna bra arbetsinsatser.

Politikerna trodde att läkarnas största problem var bristfälliga kunskaper i datafrågor. Därefter kom, i tur och ordning, sjuksköterskebristen, oförutsedd korttidsfrånvaro och "den pågående decentraliseringen av sjukvården". Denna antogs innebära "att jag blir för mycket administratör och för lite doktor". *Läkarna* gav i själva verket de tre områdena betydligt lägre rangordning: 39, 20 respektive 17. *Administratörerna* trodde att läkarnas största problem var att "våra underlag för budgetuppföljningen är svåra att läsa och förstå". Läkarna rangordnade detta först som nummer 16.

En slutsats är att behovet är stort av en samlad föreställningsram för hälso- och sjukvårdens strategiska och operativa nivåer, mellan politiker, administratörer och läkare.

En modell

Chefsutveckling med aktörssynsättet som utgångspunkt och organisationsutveckling med struktursynsättet som startpunkt kan ses som skilda vägar till gemensamma mål: bättre vårdkvalitet, bättre folkhälsa. Tabell 11:2 presenterar en modell för analys av samband. "Management" omfattar både aktörssyn-

sätt och struktursynsätt. De förra handlar om chefs karisma, konfliktlösningssätt och chefsstil. De senare betonar organisationskultur, organisationsstruktur och arbetsuppgifter eller mål.

Tabell 11:2 Modell för samband

"Management"	Kvalitet
<i>Aktörssynsättet</i>	Tillgänglighet Relevans i förhållande till behoven Jämlikhet Social acceptans Ekonomi, produktivitet, effektivitet
• Chefs karisma • Chefs konfliktlösningssätt • Chefsstil	
<i>Struktursynsättet</i>	
• Organisationens kultur • Organisationens struktur • Arbetsuppgifter, mål	

I brytpunkten

Två skilda antaganden om sjukvårdens effektivitet har var sina företrädare: "Mer resurser behövs" och "Verksamheten behöver effektiviseras". Det är i brytpunkten mellan dessa åsikter som hälso- och sjukvårdsadministratörerna väntas göra sin insats som chefer.

Diskutera

1. Vilken betydelse har chefskapet för en organisations framgång?

2. Vilken är skillnaden mellan chefskap och ledarskap?

3. Skilda metoder finns för hantering av konflikter, exempelvis konfrontation, makt och konfliktundvikande. Diskutera hur användbara de är.

4. Vilka faktorer anser Du känneteckna gott chefskap?

5. Chefen är "dockan i en marionetteater där hundratals människor rycker i trådarna". Hur kan chefen ändå föra sina idéer framåt?

6. Hur ser Du på de fyra klinikcheferna som beskrivs i kapitlet?
7. Chefen sysslar med "smeten", menar Russell L. Ackoff. Kommentera!

8. En organisation är ett öppet system som i hög grad är beroende av sin miljö. Ge exempel!

9. Hur långt är det möjligt att driva personalmedverkan i besluten?

10. Vad kan vi lära av 1900-talets organisationskolor?

11. Politiker, läkare och administratörer visade sig ha skilda uppfattningar om väsentliga problem enligt Landstingsförbundets studie. Vilka faktorer kan ligga bakom?

Litteratur

- ¹ Sahlberg, A., "Friska måste avstå till sjuka", *Göteborgs Posten*, 7 juni 1990.
- ² Reizenstein, P., "Felanvända resurser fördjupar vårdkrisen", *Svenska Dagbladet*, 7 augusti 1989.
- ³ Börjesson, B. och Weibull, L., *Förtroendeklyfta?*, Göteborg: Göteborgs universitet och Svensk Informations Mediecenter, 1990.
- ⁴ *Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries*, OECD Social policy Studies 4, Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1987.
- ⁵ Budgetpropositionen 1989/90:100, Appendix 7, Socialdepartementet. Stockholm: Riksdagen, 1990.
- ⁶ Hammervold, R. och Jörgensen S., *Regionale variasjoner i bruk av sykehus. Somatiske sykehustjenester i 1986 og de eldres bruk av sykehus/kommunehelsetjeneste*, Trondheim: Norsk Institutt for Sykehusforskning 1989:5.
- ⁷ Sörenstam, B., Lindgren, B., Persson, M. och Nilsson, G., *Jämförelsetal/nyckeltal för kliniker vid akutsjukhus – en pilotstudie*, Stockholm: Stockholms läns landsting, Landstingsrevisorerna, 1990 (mimeo).
- ⁸ Berggren, L., Non-physical territoriality in health care organizations, Göteborg: Göteborgs universitet, Department of Environmental Hygiene, 1986.
- ⁹ *Färdigbehandlade patienter inom somatisk akutvård 21 mars 1989*, Stockholm: Landstingsförbundet, 1989.
- ¹⁰ Lane, J-E. och Westin, T., "Landstingen och byråkratiseringen", *Ekonomisk Debatt*, 1983;11:6, 419–426.
- ¹¹ Lane, J-E, och Arvidson, S., "Administrationns betydelse och tillväxt sedan 1965", *Läkartidningen*, 1987; 32–33, 2464–2465.
- ¹² Maxwell, R.J., "Quality assessment in health", *British Medical Journal*, 1984; 288, 1470–1471.
- ¹³ Becker, S.W. och Neuhauser, D., *The efficient organization*, New York: Elsevier, 1975.
- ¹⁴ Philips, Å., *Eldsjälar. En studie av aktörskap i arbetsorganisatoriskt utvecklingsarbete*, Stockholm: Handelshögskolan, 1988.
- ¹⁵ Sundman, L., *Utvärdering av hudiksvallsmodellen för äldreomsorg*, Uppsala: Uppsala universitet, Socialmedicin, 1990.
- ¹⁶ Maccoby, M., *The leader. A new phase for American management*, New York: Simon and Schuster, 1981.
- ¹⁷ Pfeffer, J. och Salancik, G.R., *The external control of organizations: A resource dependence perspective*, New York: Harper & Row, 1978.
- ¹⁸ Rydell, N. och Sjölander, U., "Project to increase surgical efficiency of total joint-replacement", i Evander, A., *Surgical efficiency and economy world conference*, Lund: Lunds universitet, Kirurgiavdelningen, 1987.
- ¹⁹ Lieberman, S. och O'Connor, J.F., "Leadership and organizational performance: A study of large corporations", *American Sociological Review*, 1972;37: 117–130.
- ²⁰ Thomas, A.B., "Does leadership make a difference to organizational performance?", *Administrative Science Quarterly* 1988;33, 388–400.
- ²¹ Blake, R. och Mouton, J., *The managerial grid*, Houston: Gulf, 1964.
- ²² Lorsch, J.W., Morse, J.J., *Organizations and their members: A contingency approach*, New York: Harper & Row, 1974.
- ²³ Daft, R.L., *Organization theory and design*, tredje upplagan, St Paul: West Publishing, 1989.
- ²⁴ Robbins, S.P., *Managing organizational conflict, a nontraditional approach*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1974.
- ²⁵ Nightingale, D., "Conflict and conflict resolution", i Strauss, G., Miles, R.E., Snow, C.C. och Tannenbaum, A.S. (red), *Organizational behavior: Research and issues*, Belmont, CA: Wadsworth 1976.
- ²⁶ McGregor, D., *The human side of enterprise*, New York: McGraw-Hill, 1960.
- ²⁷ Likert, R., *The human organization*, New York: McGraw-Hill, 1967.
- ²⁸ Argyris, C., *Interpersonal competence and organizational effectiveness*, Homewood: Irwin, 1962.
- ²⁹ Adizes, I., *How to solve the mismanagement crisis*, Homewood: Irwin, 1979.
- ³⁰ Peters, T. och Waterman, R.H. Jr, *In search of excellence*, New York: Harper & Row, 1982.

- ³¹Beckerus, Å. m fl, *Doktrinskiftet. Nya ideal i svenskt ledarskap*, Stockholm: Svenska Dagbladets Förlag, 1988.
- ³²Ouchi, W., *Theory Z. How American business can meet the Japanese challenge*, New York: Addison-Wesley, 1981.
- ³³Borgenhammar, E., *Leda lagom. Om ledarskap i kommuner och landsting*, Malmö: Liber Publica, 1983.
- ³⁴Carlson, S., *Företagsledare i arbete*, Stockholm: Prisma, 1964.
- ³⁵March, J.G., "The technology of foolishness", i March, J.G., Olsen, J.P., *Ambiguity and choice in organizations*, Oslo: Universitetsforlaget, 1976, 69–81.
- ³⁶Ackoff, R.L., *Redesigning the future. A systems approach to societal problems*, New York: Wiley, 1974.
- ³⁷Lawrence, P.R. och Lorsch, J., *Organization and environment: Managing differentiation and integration*, Boston: Graduate School of Business Administration, Harvard University, 1967.
- ³⁸Burns, T. och Stalker, G.M., *The management of innovation*, London: Tavistock, 1961.
- ³⁹Maier, N.R.F., *Individuals and groups*, New York: Brooks/Cole Publishing, 1970.
- ⁴⁰Ekvall, G., *Förnyelse och friktion. Om organisation, kreativitet och innovation*, Stockholm: Natur och Kultur, 1988.
- ⁴¹Weber, M., *The theory of social and economic organization*, New York: Oxford University Press, 1957.
- ⁴²Taylor, F.W., *Principles and methods of scientific management*, New York: Harper and Row, 1947 [1911].
- ⁴³Roethlisberger, F.J. och Dickson, W.J., *Management and the worker*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1947.
- ⁴⁴Mayo, E., *The human problems of an industrial civilization*, New York: Macmillan, 1952.
- ⁴⁵Keynes, J.M., *The general theory of employment, interest and money*, London: Macmillan, 1967 (1936).
- ⁴⁶Austin, L.M., Burns, J.R., *Management science*, New York: Macmillan, 1985.
- ⁴⁷von Bertalanffy, L., *General systems theory*, reviderad upplaga, fjärde tryckningen, New York: Braziller, 1968.
- ⁴⁸Banta, H.D. (red), *Resources for health: Technology assessment for policy making*, New York: Praeger, 1982.
- ⁴⁹Pressman, J.L. och Wildavsky, A., *Implementation*, andra upplagan, Berkeley: University of California Press, 1979.
- ⁵⁰Wildavsky, A., *Speaking truth to power. The art and craft of policy analysis*, Boston: Little, Brown and Company, 1979.
- ⁵¹Kahneman, D., Slovic, P. och Tversky, A., *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*, New York: Cambridge University Press, 1982.
- ⁵²*Människor i samspel. Struktur för sjukvården i Dalarna under 90-talet. Rapport A: Dalamodellen*, Lund: Swedish Institute for Administrative Research, SIAR, 1990.
- ⁵³Lundquist, L., *Byråkratisk etik.*, Lund: Studentlitteratur, 1988.
- ⁵⁴Darr, K., *Ethics in health services management*, New York: Praeger, 1987.
- ⁵⁵*Vilka problem upplever klinik- och vårdcentralschefer i sin arbetssituation och med sin chefsroll?*, Kort sammanfattning och information om resultaten från ett undersökningsprojekt, våren 1987, Problem Detection Study (PDS), Stockholm: Landstingsförbundet, 1987.

12. Lokomotiv eller konvoj?

Om lokomotiv- och konvojsynsätt 200 • Organisationsförändringar 209 • Organisera för lärande 212
• Sjukhusorganisation i Norden 214 • Problem och organisationslösningar 218 • Diskutera 221
• Litteratur 221

Hur frisk är sjukvårdens organisation? Har de rätt som menar att

"...många av problemen inom den gemensamma vården, omsorgen och utbildningen hänger samman med att verksamheten lider av att vara organiserad utifrån manskulturens och kvinnokulturens allra sämsta sidor. Sidor som omöjliggör människors växande. Manskulturens absolut sämsta sida är de stenhårda hierarkierna, bristen på helhetssyn och ett tekniskt begränsat sätt att tänka rationellt. Kvinnokulturens absolut sämsta sida är att, i någon sorts välmenad omtanke, ta över initiativet från de hjälpbehövande, passivisera dem och kväva deras växande".¹

Om lokomotiv- och konvojsynsätt

I sjukvården kan tre principiellt olika organisationsmodeller urskiljas. De är hierarkimodellen, professionsmodellen och teammodellen.² Den första utgår från ett "lokomotivsynsätt", de båda andra från ett "konvojsynsätt".

Begreppet *lokomotivsynsätt* använder jag om en struktur där den klassiska bilden av "organisationskrattan" har tillämpning, med chef över underställda. Kännetecknande för ett lokomotiv är att det går i spetsen och drar. Det bestämmer takten för vagnarna i tåget.

Begreppet *konvojsynsätt* utgår från att fördelningen av arbetsuppgifter och befogenheter mellan medarbetare så långt möjligt är symmetrisk. Om enskilda "skepp" ger sig bort från gemenskapen ökar risken för "torpedering". Då minskar chansen att målet nås. Gemenskapen väntas ge styrka och trygghet. Men karakteristiskt för en konvoj är att det långsammaste fartyget bestämmer takten.

Både tåg och konvojer kan utformas på olika sätt. Framför vagnarna i ett tåg kan finnas ett växellok eller ett stambanelok. Begreppen anspelar på ledarskapet och på hur aktörerna förhåller sig till den samlade organisationen.

Varför dessa begrepp? Varför låna metaforer från kommunikationsområdet? Därför att nya termer förhoppningsvis är befriade från något av den emotionella laddning som de mer slitna har. Också därför att renodlade exempel kan vara en bättre startpunkt för diskussion än verklighetsexakta.

I *hierarkimodellen*, med lokomotivet som symbol, är den teoretiska utgångspunkten att mål och arbetsmetoder är klara, väl avgränsade och förutsägbara. Rutiner, regler och program bestämmer vem som ska göra vad, på vilket sätt och när. De formella kommunikationskanalerna och kommandolinjerna har bestämts i förväg. Cheferna, de överordnade med rätt att ge order, har statusauktoritet i sin roll. *Order* är chefens meddelande till underställda beträffande vad som ska göras. *Order* har större tyngd än *direktiv*, som är meddelande till någon om sådant som *bör* göras. Den formella strukturen ska underlätta samordning mellan skilda enheter. Man behöver inte diskutera tingens ordning om och om igen. Det bidrar till en känsla av pålitlighet och trygghet hos medarbetarna. Man sparar tid och resurser. Mötena väntas vara resultat-inriktade. Men organisationen blir lätt stebent. Strukturen får sin egen tyngd. Vakenheten i chefskapet kan försvinna när chefen inte har några jämbördiga att "bryna" sig mot. Det finns en konfliktpotential som chefen inte nödvändigtvis är medveten om.

Låt oss gå över till konvojsynsättet med dess professions- och teammodeller. I *professionsmodellen*, när den är som bäst, ses organisationen som en plats där skilda yrkesgrupper gör verklighet av sin kunskap, sina mål och intressen. Professionerna kräver respekt och förståelse för sin kompetens och sitt perspektiv, sin autonomi och legitimitet. Vilka som är ledare och har inflytande vid ett bestämt tillfälle är inte givet, inte heller hur strukturen i organisationen ser ut, men kunskap ger auktoritet. Skilda professioner har olika slag av kunskap att tillföra verksamheten. Det finns ett mått av flexibilitet, men risken är att de agerandes lojalitet stannar inom reviret, organisationsenheten eller den egna professionen. Det gäller kanske särskilt i ett köp-och-sälj-system när internprissättning av tjänster tillämpas. Koalition och dragkamp kan spela roll i det praktiska arbetet. Vissa enheter kan välja att köra "egna lopp" i stället för att samarbeta. Det beror inte bara på snäva gruppintressen utan också på det engagemang som är en del av den professionella kompetensen. Några inom en klinik kan se som ett viktigt mål att ligga väl framme i forskningsfronten. Andra kan prioritera den löpande verksamheten för att hålla köerna korta. Om enbart forskning ger "stjärnor" kan den som har "Marta-rollen" känna sig förfördelad.

Professionsmodellen kan historiskt relateras till ett lokomotivsynsätt. I dagens sjukvård förefaller dock betoningen av överordnad styrning vara relativt begränsad. Ramarna sätts framför allt av ekonomin.

Teammodellen lägger huvudvikt vid samarbete och nätverk tvärs över revir och gränser. Uppgifterna är i hög grad delegerade eller decentraliserade. Beslut förs till lägsta nivå i syfte att aktivera och motivera var och en. I symmetris idealfall kan alla göra allt. Varje farkost har egen motor. Varje personalkategori medverkar mer eller mindre självständigt i behandlingsarbetet. De traditionella yrkesrollerna suddas ut. Förebilden är en verkstad där varje medlem aktivt söker nya lösningar till förmån för en helhetsbild. Arbetsgruppen är inte ett expeditiionsorgan, inte heller en samling specialister, till skillnad mot professionsmodellen. I bästa fall når man hög grad av samstämmighet. Men vägen dit kan vara lång och tidskrävande, såvida det inte finns sammanbindande kitt i form av gemensam ideologi eller samfälliga mål.

Aktörerna i teamet stimuleras att diskutera, ge motiv och lyssna. Kriteriet

på att något är bra är att argumenten håller för kritik. Status- eller professionsauktoritet tas inte för given. Ingen har företräde till följd av utbildning eller praktik. De talföra har vinning av ordningen. Den som besitter karismatisk auktoritet får en "naturlig" ledarroll. "Lederen er en lyttende og kommuniserende person som evner å få andre til å spille på lag".^{2, s 1859} Det finns i teammodellen en strävan efter jämställdhet som särskilt lågstatusgrupper väntas uppskatta. Men en del tycker att "hjulet ständigt upptäcks på nytt". Alltför mycket tid används för att prata sig samman. Det kan innebära dyrbar flykt från arbete och ansvar.

Det finns spår av alla tre modellerna i nordisk hälso- och sjukvård. Låt oss se närmare på dem.

Hierarki

Regler, principer och formella system som styr arbetsfördelning, befogenhetsuppdelning och ansvar – kan någon helhjärtat gilla hierarkimodellen? Begreppet hierarki svartmålas också i alla möjliga sammanhang. Men i en uppsats med titeln "In praise of hierarchy" säger den engelske organisationsforskaren Elliot Jacques³ att 35 års studier övertygat honom att denna är den mest effektiva och mest naturliga organisationsformen i större organisationer. Inget hindrar att den frigör energi och kreativitet och även stärker arbetsmoralen. Det är något de flesta ledare också intuitivt känner, menar Jacques. Så som den vanligen tillämpas har den dock sina tillkortakommanden. Det gäller att efter 3 000 års bruk äntligen låta den fungera utan onödiga nivåer och krångligheter, menar Jacques. De andra organisationsmodellerna blundar för att människor anställs på individuell bas, inte som grupp. Även om åtskilligt arbete sker i grupper av skilda slag är individuellt erkännande och personlig utveckling vad den anställda söker. En grupp kan heller aldrig vara ansvarig, bara individer.

För att förstå hierarkin måste man förstå vad en anställning innebär. Det är att ha ett kortare eller längre kontrakt, skrivet eller bara underförstått, som gör att man engageras under en viss period eller tills vidare i utbyte mot betalning. Ens arbete leds i de flesta fall av en chef som uppåt och utåt är ansvarig för det arbete den underställde utför. Det viktiga, menar Jacques, är ansvaret för jobbet.³

Om en grupp och inte en individ skulle ges befogenheter måste medlemmarna hållas gemensamt ansvariga. Så länge ett sådant ansvar saknas kan man inte ta teammodellen på allvar, framhåller Jacques. Om en grupp gör dåligt ifrån sig blir den inte avskedad i egenskap av grupp. Och om den bleve det, skulle detta vara synnerligen anmärkningsvärt. Gruppbefogenheter utan gruppansvar fungerar inte, och gruppbefogenheter med gruppansvar är inte acceptabelt.

Jacques slutsats är: "Hierarchy is the best structure for getting work done in big organizations. Trying to raise efficiency and morale without first setting this structure to rights is like trying to lay bricks without mortar".^{3, s 118}

Max Weber⁴ såg den hierarkiska organisationen som en väloljad maskin, effektiv tack vare ett komplicerat samspel av formella regler. Ärendena måste gå tjänstevägen för att undvika godtycklig favorisering. Den modellen har till-

lämpning på sjukhus och kliniker likaväl som inom företag, menade Weber.^{5, s 123} Jacques knyter också an till sjukvården när han säger:

"As for hospitals, they are the essence of everything bad about bureaucratic organization. They function in spite of the system, only because of the enormous professional devotion of their staffs".^{3, s 111}

Ett samlat ansvar synes vara nödvändigt med tanke på patientens säkerhet, något som många anser tala till förmån för hierarkimodellen. Med ett uttryck från en klassisk studie av Robert Michels:⁶ "Säger man organisation så säger man också fåtalsvälde". Även verksamheter med demokrati på programmet har visat sig utvecklas i hierarkisk riktning. De styrs till stor del av funktionärer.

Hierarkimodellen utgår från föreställningen att var och en arbetar effektivast genom att utföra sin lilla del av produktionskedjan. Det gör de anställda mera utbytbara. Behovet av utbildning minskar.

Industrins modeller, på gott och ont, tycks nå sjukvården med några decenniers försening. På 1960-talet dök Frederick Taylors⁷ idéer om arbetsfördelning plötsligt upp inom sjukhusen. Industrins tidsstudieingenjörer kastade sig med betydande okänslighet över vården. Fungerande enheter bröts sönder till förmån för specialisering av omvårdnadsarbetet. Längst drevs den centralt frammanade industrimodellen vid Danderyds sjukhus 1963–66.⁸ Den krävde resurser. Utbytet blev magert. Ändå fördes den fram under honnörsordet "rationalisering".

Under en period tillämpades ingenjörsmodellen också i sjukhusens kök.⁹ I Stockholms läns landstings så kallade Nacka-modell för centraliserad kostproduktion förpackades varmrätterna i plastpåsar om fem portioner som skulle förvaras under veckor i kylrum. Denna "brutalistiska" episod, som speglar övertron på industriella lösningar i sjukvårdens organisation, har fått en intressant belysning i en studie av Magnus Backlund.¹⁰

Hur ser alternativen till hierarki ut?

Profession

Inom svensk sjukvård lär finnas 65 yrkesbeteckningar och 125 utbildningsvägar.¹¹ Läkaryrket har i Sverige ett femtiotal officiella specialiteter. Ett halvsekel tidigare var de ett tiotal. Gren-, sub- och superspecialiseringarna är många fler. Läkarkårens professionella framgångar betraktas som ett mönster av andra yrkesgrupper.

Bakom strävandena efter professionalisering ligger många motiv. Där finns en önskan att kunna lösa alltmer komplicerade problem. Yrkesmässig kompetens och fördjupning brukar också speglas i lön, status och prestige. Den yrkesmässiga friheten blir större.

Professionalisering brukar sättas i samband med inte bara positiva faktorer utan också diskutabla eller negativa. Exempel är: slutna normer, ensamrätt till kunskap och monopoliserade kvalitetsbegrepp. Revirtänkande och en strävan

efter vidgade verksamhetsområden är andra observerade effekter. Efterfrågan på de tjänster som bjuds kan i många fall påverkas inom professionen. Risk för avpersonalisering framhålls ibland, likaså tendens till förnekelse av konflikter.¹² Att vara ledare i en starkt professionaliserad organisation är komplicerat, eftersom förändring brukar ske på professionens villkor. Särskilt intrikat är det om man inte själv tillhör den ledande professionen.

Begreppet professionalitet har en ljusgårdseffekt och betraktas som garanti inte bara för att behärska sitt eget verksamhetsområde utan också andra kunskapsfält. Se figur 12:1.

Figur 12:1 Diskutabla effekter av professionalisering



I kunskapsföretag är hierarkin inte idealisk, menar Karl Erik Sveiby och Anders Risling i en bok med titeln "Kunskapsföretaget".¹³ VD-rollen i ett kunskapsföretag sägs vara "ett mellanting mellan städgumma och tröstare".^{13, s 49} Den individuella, professionella kunskapen är verksamhetens kärnkompetens och avgör framgången. En viktig ledningsuppgift är att levandegöra verksamhetens syfte och motivera samarbete över professionsgränserna. Men när den professionella och den organisatoriska ledningen inte förstår varandra blir högsta ledningens uppgift komplicerad: "Sjukhusadministratörerna har i själva verket hamnat på en hopplös mellanhand. De har inga egentliga möjligheter att förstå läkarnas yrkesverksamhet, och de har lägre status".^{13, s 54}

I kunskapsorganisationer är en form av professionsmodell som kallas nätverksorganisation möjlig.¹⁴ Den viktigaste informationen är i många fall inte den formella kommandolinjen, från ledningen och nedåt. Grundläggande är i stället den kunskap som skilda professioner besitter. Det handlar om "know-how", personkontakter och synergieffekter. Nätverk av relationer och förtroendeskapande är nyckelbegrepp. Ändå finns behovet av att någon tolkar vad som

sker på ett övergripande sätt och knyter samman intressena genom bärande värderingar.

Att utveckla kompetens är en väsentlig fråga i en kunskapsorganisation. Krav ställs på professionsföreträdarnas förmåga att urskilja strategiskt viktiga problem med utgångspunkt i också vaga och tidiga signaler. Rekrytering av medarbetare med hög kompetens lägger grunden för gott professionellt arbete.

En form för nätverksorganisation, som tillämpats vid en rad amerikanska sjukhus, är den så kallade matrisorganisationen.¹⁵ Den kännetecknas av inflytande samtidigt från flera håll: vertikalt från funktions-, linje- eller programchef och horisontellt från projekt av olika slag. Idén kommer ursprungligen från amerikansk flygindustri. Det handlar om en struktur där befogenheterna och arbetsuppgifterna i viss mån skiftar över tiden beroende på växlande krav. Risken blir mindre för rigida lösningar. Flera versioner kan ges av en och samma situation. Nackdelen ligger i den förvirring som kan uppstå.

En studie av Lawton R. Burns¹⁶, som omfattar 315 sjukhus med matrisorganisation i USA, visar relativt stor stabilitet i strukturen över tiden bland dem som valt denna modell. Det tar dock enligt bedömare uppskattningsvis 3–4 år att utveckla och genomföra modellen i praktiken. Tillämpningen är delvis "an outcome of political compromise between professional groups vying for power and control over resources".^{16, s 9} Burns påpekar att

"...nursing may welcome the administrative assistance offered by matrix management but may oppose any incursion on its realm of discretion. Administration, on the other hand, may actively promote matrix management in an effort to rationalize local-level decision making and increase its surveillance. Hospitals in which one or the other side dominate should therefore exhibit very different matrix structures".^{16, s 9}

Team

Enligt bifurkationsteorin¹⁷ innebär utvecklingen att vi, samtidigt som vi får en relativt liten men växande grupp av högutbildade experter, också får ett allt större antal människor med rutinbetonade arbeten och små krav på kunskaper och färdigheter. Arbetsmarknaden kan komma att klyvas i två delar med större avstånd än nu. En sådan utveckling kan anses önskad av stora grupper i vårt samhälle. För att förhindra detta fordras medvetna insatser att skapa mer "symmetriska" roller.¹⁸

I Skolöverstyrelsens allmänna riktlinjer från 1980 för vårdyrken och i 1981 års utbildningsplaner står att utbildningen ska utveckla en yrkesroll som "motverkar hierarkier". Ett svar på detta krav är teammodeller, exempelvis vårdlag. I betänkandet "Sjukvårdens inre organisation" karakteriseras ett vårdlag som ett antal anställda, 3–5 personer, som under en sammanhängande tidsperiod ansvarar för vård och behandling av ett visst antal vårdtagare.¹⁹

Välskötta organisationer strävar genomgående efter att "platta ut" organisationen. Problem ska så långt möjligt lösas där de uppstår, av dem som "äger" problemet. De ska inte transporteras upp och ner i organisationen. På så sätt kan onödig administration och stelbent byråkrati elimineras. Många får bredare ansvarsuppgifter än förut. Antalet medarbetare under en chef, den så

kallade kontrollspännvidden, blir större. I stället för fem till sju, som klassikerna förespråkar, kan antalet vara 20, 30 eller fler.

Hur långt kan då strävandena efter jämlikhet och teamarbete drivas i en målinriktad serviceorganisation? Att arbeta i en sådan är att godta att det finns skilda kunskapsområden, att det finns ledare av ett eller annat slag och att det finns underställda. Det gäller väl också i sjukvården? Att förespegla något annat måste vara aningslöst?

I en väl fungerande organisation känner man inte av någon över- och underställning i vardagen. Den utopiskt självklara gemenskapen formulerades av Karin Boye i *Kallocain*: "Det som är organiskt behöver inte organiseras... Vi byggs inifrån som träd och det växer ut broar mellan oss som inte är av död materia och dött tvång".

Den amerikanske företagsledaren Robert Townsend²⁰ karakteriserar formella organisationsbeskrivningar under rubriken "rigor mortis", likstelhet:

Visst har man användning för organisationsplaner, t ex vid de årliga lönediskussionerna. Men rita upp dem med blyerts. Betrakta dem aldrig som definitiva. Tryck dem inte och distribuera dem aldrig. En organisationsplan har en demoraliserande effekt. Ingen gillar att betrakta sig själv som underställd någon annan. I ett välskött företag är han det inte heller.

Vårdsystemet riskerar enligt kritiker att omvandlas till något som aldrig torde ha varit avsikten, nämligen en ideologisk statsapparat.¹² Sjukvården har möjlighet att integrera repressiva och ideologiska medel på ett mera intimt sätt än de flesta andra av samhällets apparater. Med hänvisning till psykiatrins patienter sägs att "diagnostiseringen utgör ett av vårdapparatens effektivaste förtrycksinstrument".^{12, s 22}

Mot den bakgrunden är det begripligt att det är inom psykiatrin som tidiga, markerade exempel getts på motsättningen mellan reformivrare och reformkritiker. Detta får också sättas i samband med områdets karaktär, ett gränsfält mellan humanism och naturvetenskap, sjukvård och social terapi. Motsättningarna har hört till de dynamiska faktorerna i debatten om vårdorganisationen.

I Åke Gustafssons avhandling "Traditionernas ok"¹⁸ visas att medan 73 procent av sjukvårdsbiträdena, 46 procent av undersköterskorna och 42 procent av sjuksköterskorna tyckte sig ha "ganska tråkigt" och repetitivt jobb hade bara 17 procent av läkarna en sådan uppfattning om sitt arbete. Däremot fanns god samstämmighet angående påståendet att "de som planerar sjukvården sitter långt ifrån dem som gör vårdarbetet; det vore bättre om vårdpersonalen själv fick bestämma mera över det egna arbetets uppläggning." Bara två procent instämde inte alls.

Organisationsschemat blir lätt en "prokrustessäng", en schablon i vilken levande verksamhet med genuina människor tvångsmässigt ska pressas in även om formen inte passar. Det ligger åtskilligt i påståendet att den ledare som börjar sitt arbete med att rita organisationsplaner och inreda kontor kommer att misslyckas.

Försök har gjorts inom bl a medelstora verkstadsföretag med självstyrande produktionsgrupper.²¹ Grupperna tog samfälliga beslut, och det fanns tankar på "gemensamt ansvar". Arbetet planerades och organiserades gemensamt. Förmansfunktionen togs bort. Grupperna valde en kontaktperson som huvudsakligen hade en informativ roll gentemot gruppen och andra enheter i företaget. De enskilda arbetarna hade hög grad av självbestämmande över det egna arbetets uppläggning, planering, avsyning, testning och administrationen, likaså beslutsrätten till kortare ledigheter.

Från arbetsgivare finns på flera håll tveksamhet när det gäller små, "självstyrande" grupper. Den skeptiska inställningen tycks ha ökat under senare tid. "De självstyrande grupperna föddes som en sol och gick ner som en pannkaka", säger en kritiker.

På 1970-talet kom medbestämmandelagen. Den presenterades som "århundradets demokratireform" för arbetslivet. Att svara för ledarskap inom förvaltningar och företag ansågs i första hand kräva en smula sunt bondförnuft och överseende med mänskliga svagheter. Motsättningen mellan arbetsgivare och arbetstagare markerades. När teorin om symmetriskt inflytande krockade med den ekonomiska verkligheten kom ledarskapets renässans.

Ett exempel på problem som kan uppstå vid en teammodell är följande. Vid psykiatriska kliniken på ett regionsjukhus hade personalen kommit överens om att ta gemensamma kaffe- och rökpauser. Obevakad hängde sig en av patienterna på en avdelning. Han dinglade från sin livrem ännu 45 minuter efter det att han hittats. Ingen gjorde några upplivningsförsök. Inga anhöriga fanns antecknade i journalen, och ingen från sjukhuset sökte kontakta anhöriga till den döde. Ingen begärde rättsmedicinsk undersökning. När polisen en vecka senare kom för att besiktiga kroppen visste till en början ingen var den fanns. Den ansvarige läkaren gav "en olycklig serie informationsmissar" som förklaring.

Socialstyrelsen, som inspekterade, gjorde ingen anmälan till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Ingen enskild kunde pekas ut som ansvarig. Alla hade "i demokratisk ordning" varit med och bestämt om gemensam kaffe- och rökpaus.

Kritiken växte mot vårdlag och andra teammodeller utan klargjorda ansvarsförhållanden. Intresset ökade för individualansvarsmodeller. Någon ska kunna pekas ut som ansvarig.

1980-talet prisade antitesen, lyfte fram ledarens avgörande betydelse för verksamhetens effektivitet.

1990-talet synes bli ruelsens årtionde när den lilla enhetens betydelse lyfts fram, "den självständiga kliniken" med ekonomiskt ansvar. Skepticismen växer också mot "enväldiga chefer". Försök görs till syntes mot bakgrund av tidigare årtiondens bakslag och lärdomar. Många ser privatisering och köp-och-sälj-liknande organisationsformer som en lösning. Åtskilligt kommer att läras av pågående försök. Men privatisering kommer inte att vara sista ordet när det gäller sjukvårdens organisation. Utvecklingen är mer dynamisk än vi föreställer oss.

Talet om "den självständiga kliniken" med decentraliserat ansvar,

"enchefskap" och egen budget kommer samtidigt med en helt annan, egentligen motsatt tendens. Att åtskilliga klinikers gränser håller på att vittra sönder.

Klinikens problem speglar samhällets. Samhällets problem speglar klinikens. Två utvecklingsmodeller står mot varandra. Den ena är *konvergensmodellen*. Den innebär en tro på att bristen på överensstämmelse efter hand kommer att jämnas ut med de små stegens metod. Vi skulle då hamna i någon form av "prifentlig" verksamhet, kombinationer av privat och offentligt. Nivåerna är få. Chefer på mellannivå blir i många fall överflödiga. Ansvaret är delegerat eller decentraliserat till lägsta nivå.

Den andra är *divergensmodellen*. Den står för växande motsättningar i aggressiva och sonderfallande verksamheter där otryggheten till slut blir det enda att lita på.

Några hypotetiska kännetecken för hierarki-, professions- och teammodellerna tas upp i tabell 12:1.

Tabell 12:1 Särmerken för hierarki-, professions- och teammodellerna

	<i>Lokomotiv- synsättet</i>	<i>Konvojsynsättet</i>	
	Hierarki- modellen	Professions- modellen	Team- modellen
Organisationen är instrument för	De styrandes intressen och mål	De professionellas intressen och mål	Många aktörers intressen och mål
Organisationen påverkas genom	Regler, principer och formella system	Yrkesmässiga normer och etik	Överensstämmelse mellan ledningen och aktörernas önskemål
På plussidan	Stabilitet och handlingskapacitet	Kunskapsutveckling och specialkunskaper	Varje intressents engagemang
På minussidan	Friktioner och konflikter mellan ideal och verklighet "Informationsfilter" mellan över- och underställda	Stela revirgränser	Oklara ansvarsförhållanden och en tendens till att det "jobbiga" arbetet "inte är mitt bord"
Auktoritet	Statusauktoritet	Kunskapsauktoritet	Karismatisk auktoritet

Organisationsförändringar

Åtskilliga organisationsutredningar har gjorts inom nordisk sjukvård, fler är på gång. Motiven är dels interna, dels externa. Där finns krav på bättre hushållning med tillgängliga resurser, önskemålet om snabbare beslut och att undvika onödiga köer och väntan. Också kravet på "klar" organisation där uppfattningarna är samstämmiga om var befogenheterna finns och vem eller vilka som ska utföra olika arbetsuppgifter. Behov finns av bättre kommunikation samt anpassning till förändrad teknologi, likaså förändrad efterfrågan och demokratiska värderingar i samhället.

Vilka antaganden kan då uppställas utifrån teoretiskt perspektiv när det gäller de tre modellernas möjlighet att tillgodose kraven? Hierarkimodeller kan antagas ha företräden när det gäller möjligheterna att relativt snabbt få rationaliseringsbeslut genomförda, under förutsättning att genomförandet fungerar enligt avsikten. I hierarkins modell är också organisationen relativt klart beskriven. Professionsmodellen kan antas ha företräden när det gäller teknologianpassning och efterfrågeanpassning. Teammodellen torde ha fördelar när det gäller kommunikation och demokratianpassning. Se tabell 12.2. I denna hypotetiska sammanställning betyder fler kryss större vikt.

Tabell 12.2 Hypoteser om skilda modellers möjligheter att tillgodose mål

	<i>Lokomotiv- synsättet</i>	<i>Konvojsynsättet</i>	
Krav på organisationen	Hierarki- modellen	Professions- modellen	Team- modellen
Bättre hushållning	xxx	xx	x
Snabba beslut, ej väntan	xxx	xx	x
Klar organisation	xxx	xx	x
Kommunikation	x	xx	xxx
Teknologianpassning	xx	xx	x
Efterfrågeanpassning	x	xxx	x
Demokratianpassning	x	x	xxx

Ett vanligt problem vid omorganisation är att organisationens topp tas som utgångspunkt. I stället bör man börja med frågan hur de som verksamheten ska betjäna kan ges service på effektivaste sätt, inom givna ramar.

Förändringsprocesser tar tid.²² Viktigt är att få till stånd läroprocesser som bärs upp "underifrån" och "inifrån" bland de anställda. Regler och åtgärder som bestäms "ovanifrån" tenderar att bli mindre effektiva, men stöd behövs "uppfifrån".

Projekt med central ledning, konsulter, partssammansatta grupper, projektbeskrivningar, utvärderingar etc synes ha litet genomslag i praktiken. De uppfattas ofta som "julgransprydnader" som är till för att "förgylla" en verksamhet med problem.²² Reslutatet liknar i många fall mödan att flytta om däcksstolar på det sjunkande Titanic. Rimligast är att fråga hur en minimal organisa-

tion, en optimal struktur kan byggas upp inom begränsade ekonomiska ramar.

En facklig företrädare kommenterar övergripande organisationsförändringar på följande sätt: "Nu har företaget ritat en massa rutor i ett organisationsdiagram. För oss spelar det inte så stor roll hur rutorna ser ut, utan det handlar om vilket innehåll rutorna ska ha, och det tänker vi vara med och påverka".^{22, s 24} Önskvärt vore att de reflekterande och ibland litet "udda" eldsjälarna bland anställda och patienter får en roll som "pådrivare" vid förändringsarbete.

Leder utbildning i sig till utveckling? Inte nödvändigtvis. Utveckling leder däremot till utbildning. Ett exempel relaterar sig till 1970-talets medbestämmandelag. I samband med tillkomsten organiserades omfattande utbildning där mer än 100 000 LO-medlemmar deltog. Det anses i dag vara svårt att spåra några egentliga resultat av denna dyrbara utbildning. Det är inte otänkbart att den till och med haft en passiviserande effekt. Utbildningen kan bli en isolerad händelse där genomförandet blir viktigare än det faktiska innehållet.²²

Politiskt, administrativt och professionellt

Viktigt för förståelse av vårdsystemens funktion är insikt om olikheter i politiskt, administrativt och medicinskt handlande. De *medicinska* professionerna kännetecknas av vetenskaplig sakinriktning, där patientens behov väntas stå i centrum. Ansvar för det medicinska handlandet utkrävs ytterst inför hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd eller inför domstol. Befogenheterna grundas på legitimation till följd av genomgången utbildning. Det *administrativa* handlandet karakteriseras enligt traditionen av regelstyrning, ansvar inför överordnade samt budget och ekonomi som styrinstrument. Det *politiska* handlandet har som grund väljarnas mandat. Massmedia speglar snabbt det som inte fungerar. Se tabell 12:3.

En finsk avhandling av Juha Kinnunen²³ analyserar kulturmönster och subkulturer vid en vårdcentral med 700 anställda. Läkarnas grundläggande yrkesidentitet kunde relateras till deras utbildning. De såg sig som individuella, oberoende specialister. Sjuksköterskornas grundläggande identitet relaterades till rollen som hjälpare och stöd i direkt kontakt med patienter och kolleger i vårdarbetet. En förändring observerades dock över en studerad tidsperiod mot en mera vetenskapligt orienterad identitet. Den administrativa personalen såg sig i sin tur primärt som "allmänhetens tjänare".

Läkare och administratörer betonade "objektiva" kriterier som grund för sina beslut – utan att avslöja medvetenhet om den subjektiva och kulturella naturen hos deras "rationalitet". Subjektiva faktorer som värderingar betonades mera av sjuksköterskorna. De hänvisade ofta till traditioner och auktoriteter som kriterier för beslut. De betonade i större utsträckning än läkare och administratörer vikten av gruppens uppfattningar.

Skilda grunder för befogenheter, ansvar och resursfördelning kan leda till konflikter. Men det går också att urskilja gemensamma nämnare i sjukvården, påpekar Rolf Gustafsson.¹⁸ Till dessa hör överbetoning av det fysiskt synliga och mätbara och begränsat utrymme för personliga initiativ.

Tabell 12:3 Politiskt, administrativt och professionellt handlande

	Politiskt handlande	Administrativt handlande	Professionellt handlande
Befogenheterna grundas på	Väljarnas mandat via politiskt parti	Den formella organisationsstrukturen med dess nivå	Legitimation på grund av utbildning
Ansvar inför	Partiet, ofta via massmedia	Överordnade	Ansvarsnämnd, med hänsyn till "vetenskap och beprövad praxis"
Resursfördelningsmetod	Politiska förhandlingar med hänsyn till ideologiska värderingar	Budgetarbetet	Patientens behov och skilda professionella intressen

Akutvårdsmodellen

De aktuella problemen inom sjukvården, påpekar Gustafsson,¹⁸ kan inte lösas genom mer resurser eller ökad rationalisering. Utvecklingen under 1900-talet visar att svårigheterna snarare ökat än minskat genom en massiv insats av resurser för tillväxt och rationalisering. Viktigt är i stället att utveckla förmågan att lyssna efter svaga signaler. Det finns, säger Gustafsson, en diskrepans mellan behoven och organisationsstrukturen i svensk sjukvård. Det som Gustafsson kallar akutvårdsmodellen är en blandning av hierarki och profession. Denna tvingar stora delar av sjukvårdspersonalen till ett arbetsinnehåll som varken är det lämpligaste med tanke på patientvården, personalens utveckling eller arbetstillfredsställelsen, menar Gustafsson.

Teammodellen tilltalar i många fall stora personalgrupper. Den underlättar identifikation i arbetsgänget och ger utrymme för samtal. Men den har av allt att döma i många fall inte motsvarande fördelar för patienten.

Hierarkimodellen utgår från ett pliktetiskt ideal. Den underställde ska följa givna order och gällande regler. Modellen förutsätter att den auktoritet som chefen står för i sin roll godtas av personalen. Man är lojal mot sin överordnade oavsett om man sympatiserar eller ej med dennes beslut eller med denne som person. Man ställer upp på att förverkliga givna mål, så som man i god anda tolkar dem. I grunden finns en instrumentell syn på organisationen och dess medlemmar.

Professionsmodellens etik synes vara mera utilitaristisk. Aktörerna skapar i sin egenskap av kunskapsföreträdare processer som tolkas och rekonstrueras mot bakgrund av kollegiala lojaliteter.

I konvojmodellerna, dvs professions- och teammodellerna, synes finnas större medvetenhet än i hierarkin om att chefer inte bara har anhängare och

sympatisörer utan även motståndare och fiender.²⁴ Ledare och följare är medlemmar i flera olika nätverk. Vilket av dessa som är viktigast, vilket som kommer att ha störst inflytande i en given situation, går inte att säga i förväg. Kamratkretsen kan spela in, likaså massmedia, sidoordnade och elitgrupper. Den kritiska frågan är hur "avvikarna" hanteras, vilka i organisationen som är beredda att gripa in om något håller på att gå galet, och på vilka grunder de gör det.

Att bygga nätverk och koalitioner är i praktiken nödvändigt såväl i lokomotiv- som i konvojsynsätten. Det gäller externt, i förhållande till andra aktörer, och internt, även om betoningen är mer uttalad i konvojsynsättet. Det handlar om att kunna, att förstå och att vilja. Kunskap och förståelse är i hög grad kognitiva egenskaper. Viljan däremot rör sig på ett emotionellt plan.

Organisera för lärande

Organisation är viktig för att så långt möjligt tillförsäkra systematiskt lärande.²⁵ Om man från att observera tänkbara strukturer övergår till att studera organisationens funktion blir en fråga vilka skillnader som kan antas föreligga mellan lokomotiv och konvoj. Vilken information behövs, sett i relation till vilken information som finns tillgänglig i den ena, andra eller tredje modellen?²⁶ En principiell utgångspunkt finns i tabell 12:4.

Tabell 12:4 Information och tillgänglighet

		Finns behov av information?	
		Ja	Nej
Finns information tillgänglig?	Ja	A	B
	Nej	C	D

Det är ett axiom att organisationen så långt möjligt bör ha den information som det finns behov av. Det gäller att få en bild av vilka problemen och möjligheterna är och i vilken grad det som behöver göras också blir utfört.

Områden för analys är:

- Vad kännetecknar situationer när information behövs och även finns tillgänglig (A) i jämförelse med situationer när information behövs men inte finns tillgänglig (C)?
- I vilken mån finns information som inte motsvarar något behov (B)?

Ju bättre system för lärande, desto större möjlighet att fylla organisationens uppgift. Ett bra system för lärande har återkoppling, uppföljning och kritisk reflexion. Ju närmare patienten personalen står, desto större möjlighet att få en bild av de individuella behoven. Detta kan tala till konvojmodellens fördel.

Men om det gäller att få en bild av behoven i stort för en population kan fastare struktur behövas. Detta kan tala till lokomotivmodellens fördel.

I USA spelar inspektion och kritisk revision stor roll för lärande och förändring på sjukhus. Varje sjukhus som ska kunna räkna med att få patienter måste fortlöpande undergå inspektion, genomgå ackreditering. Det från vår horisont sett överdrivna anmälandet av behandlingsskador till juridisk prövning kan också ses som ett led i lärandet.

Årsrapporter har varit vanliga i nordisk sjukvård. De är i allmänhet inte uppbyggda för lärande. Också månads- och kvartalsrapporter med data för verksamheten brukar finnas. Litteratur, kurser och informationsträffar spelar roll, men det systematiska, fortgående lärandet är till stor del ett undangömt, bortglömt eller "privat" område.

System för lärande i organisationer har inbyggd tröghet. Förändring tar tid. Tolkning av data är inte en enkel process. Det finns också risk att etablerade system kan hämma lärandet genom att försvarsmekanismer aktiveras. Man värjer sig för obekväma eller oönskade data. Man silar informationen nedifrån och uppåt, kanske mer vid lokomotiv- än konvojsynsätt.

Makt på bredden är bristvara i varje organisation. Det demokratiska underskottet är ett faktum. Om en ledning sätter hinder inåt och utåt för informationsflödet, om chefens förhandsgodkännande krävs, kan handlingsförlamning följa. Å andra sidan finns risk för stagnation om en organisation läcker som ett såll till massmedia. Avvägning, balans, är nödvändig.

Lärsystemen är få

En studie av Kjell Arne Røvik²⁶ om norsk förvaltning visar att de formella informationssystemen för lärande är få. Ofta handlar det om traditionella räkenskapssystem. De är standardiserade och mycket motståndskraftiga mot försök till pedagogisk uppmjukning. De tar inte upp politiskt intressanta effekter, som i vilken mån idémässiga mål uppfylls. Framför allt handlar den information som ges om penningförbrukningen i förhållande till budgeten. Informationen om hur servicen tas emot av brukarna är betydligt tunnare eller obefintlig.

Røvik fann att inget studerat system för lärande möjliggör systematisk registrering och evaluering av den egna insatsens betydelse för att nå uppställda mål. Möjligheten att uppdaga och lära av egna fel och av olämpliga prioriteringar är små. Möjligen hör man talas om andras fel men lär mindre om egna. De formella lärsystem som ändå finns är inriktade på alarm vid onormala situationer. Till stor del kan informationssystemen karakteriseras som en symbolisk ritual, menar Røvik.

Formella lärsystem ska bidra till att förenkla de anställdas lärande genom att filtrera antalet hänsyn och slaget av hänsyn som gäller i organisationen. Enligt Røvik finns problemen med överförenklad information särskilt inom sjukvårdens administrativa system.

Lärande, utveckling, handlar inte bara om kunskap utan också om känslor. Många amerikanska företag bedriver medvetna insatser för att skapa ny för-

ståelse mellan medarbetarna.²⁷ Apple Computer har samlat chefer till en "introspektionsvecka" med "inre tennis" och stillhet som ämnen. Syftet var att få folk att använda sina positiva instinkter och samtidigt hålla ett öga på "bollen", målet; att frigöra kreativitet. General Foods har låtit sina chefer bygga flottor av 200 liters tomdunkar, bräder och rep. En nonsenslek? Deltagarna kommer tillbaka och tycker sig kunna fungera bättre samman. De upptäcker nya, positiva sidor hos sig själva och andra.

I vissa fall anlitas "mentorer" för att stödja chefer i deras utveckling. I några används rollspel. Det finns företag som låter skådespelare framföra delar ur Shakespeares "Henry IV", del 1, och O'Neills "Lång dags färd mot natt" på ledarseminarier. Cheferna får sedan uppföra burleska rollspel från egen verksamhet. Syftet är att skapa uppmärksamhet på metaforernas makt när det gäller att föra fram ett budskap. PM når inte själens botten, rör inte hjärtat. Ingen har väl eldats till entusiasm och livskvalitet av ett PM, däremot av ledare och chefer med förmåga att tända. Det utesluter inte att PM kan visa sig nödvändiga och angelägna.

Hur viktiga är medicinska kunskaper för den som har administrativt ansvar inom hälso- och sjukvård? Sjukvårdsekonomen Ralph E Berry Jr²⁸ fann vid en studie av ett stort antal amerikanska sjukhus att administratörer som hade medicinska kunskaper (de var läkare eller sjuksköterskor) drev sina sjukhus till lägre kostnad. Undersökningen var inte inriktad på ledarskapets kvalitet i övrigt. Förklaringen till de lägre kostnaderna kan vara att det är lättare att ställa kritiska frågor i samband med budgetönskemål för en chef som vet något om de medicinska förhållandena.

Det sägs å andra sidan att inget kan var riskablare än att sätta en specialist som ansvarig chef över ett stort område. Som skäl anges risken att denne i första hand kommer med lösningar som ligger inom hans eget fack.

Sjukhusorganisation i Norden

Vilka är de vanliga modellerna för ledningsorganisation i Norden?²⁹

Danmark

I Danmark har en arbetsgrupp skisserat fyra förslag till ledningsorganisation: enchefskap, trojkaledning, delad ledning och en hybridmodell.³⁰ Låt oss se närmare på dessa.

Enchefskap innebär att en direktör eller administratör ensam svarar för högsta ledningen av sjukhuset. För att säkra chefens tillgång till råd från de medicinska professionerna finns en chefläkare och en sjukvårdsföreståndare vilka fungerar som stab. Vid varje klinik ligger det administrativa och ekonomiska ansvaret på en överläkare. Under denne sorterar personalen: läkare, sjuksköterskor, läkarsekreterare, sjukgymnaster etc. Det förutsätts att överläkarna delegerar befogenheter till andra personalkategorier.

En fördel är den tydliga strukturen. Men kritik riktas mot att nödvändig

professionell samordning inte speglas i organisationens struktur. Information från kliniker och avdelningar silas på vägen till sjukhusledningen. Farhågor finns också att enkla produktivitetsmål blir viktigaste styrinstrument.

Vid *trojkaledning* består ledningen av sjukhusets direktör, chefläkare och sjukvårdsföreståndare. De tre är jämställda, men direktören är "øverst blandt ligemænd". I förhållande till sjukhusets läkare representerar chefläkaren ledningen. På motsvarande sätt företräder sjukvårdsföreståndaren ledningen gentemot "det praktiska sjukvårdsarbetets" personal. Vid klinikerna består ledningen av en administrerande överläkare och en ledande sjuksköterska, vilka gemensamt ansvarar för personal och verksamhet. Om oenighet skulle uppstå äger överläkaren rätt att besluta. Men klinikens ledande sjuksköterska kan vända sig till sjukhusledningen för att få ärendet prövat.

Även om ledningen utövas gemensamt är direktören ytterst ansvarig och äger rätt att fatta avgörande beslut när enighet inte kan nås.

Bakom trojkaledning ligger insikten att ett sjukhus är en komplicerad verksamhet som kräver mångsidig professionell kunskap. En förutsättning för att tredelad ledning ska fungera är någorlunda samstämmiga uppfattningar om delarnas betydelse för helheten.

Delad ledning innebär att fyra personer svarar för ledningen: sjukhusets direktör, chefläkaren, sjukvårdsföreståndaren och driftledaren. Direktören har ett överordnat ansvar, och de övriga tre svarar i första hand för var sin del. Driftledarens ansvar omfattar tekniska områden som administration, verkstäder, kök, tvätt, rengöring, transporter och vaktmästeri. På kliniknivå delas ledningen mellan överläkare och klinikföreståndare.

Hybridmodellen är en blandning av trojkaledning, som tillämpas på sjukhusnivå, och enhetsledning, som tillämpas på kliniknivå.

Enligt uppgift är trojkan den vanligaste modellen vid danska sjukhus i början av 1990-talet. Men det har funnits hot från läkarna att inte söka tjänster om inte deras profession ges en chefskap. I en analys av ledningsstruktur vid danska sjukhus menar Richard Saltman³¹ att sjuksköterskorna synes ha en relativt väldefinierad strategi. De införde exempelvis sjuksköterskejournals och lyckades öppna informella sociala kanaler till politikerna liknande dem som överläkarna länge haft.

Finland

Vid finska sjukhus finns vid 1990-talets början i allmänhet dels en medicinsk hierarki med överläkare och dels en vårdhierarki med ledande översköterska som chef. Båda lyder under chefläkaren, som i sin tur lyder under sjukhusdirektören. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer för sjukhuset som helhet samt röntgen- och laboratorieassistenter står under den ledande översköterskan.

Leder då det delade ledarskapet på klinikerna till motsättningar? Stridigheter har förekommit både mellan sjuksköterskor och läkare och mellan läkare och administratörer. Bland läkare finns ett intresse för chefskap och medicinsk kompetens i högsta ledningen. Men när tvister uppstår anses orsaken snarare vara person än struktur.

Island

Vid isländska sjukhus ska enligt lag finnas sjukhusdirektör, chefläkare och sjukvårdsföreståndare. I ett läkarråd är chefläkaren ordförande. Denne utses av kollegerna för två år i sänder och är inte chef över klinikcheferna men "den främste bland likar". Klinikerna har en överläkare-klinikchef som medicinskt ansvarig och en klinikföreståndare som vårdansvarig. Inte mindre än 28 professioner har egen legitimation. Exempel är arbetsterapeuter, dietister och ambulansförare. Unikt i Norden är att sjuksköterskor har lagstadgat ansvar för omvårdnadsarbetet.

Sjukvårdsföreståndaren är chef för all vårdpersonal. Hon har egen budget och ansvarar för vårdpersonalens anställning, utbildning och arbete.

Norge

I Norge finns, liksom i Danmark, skilda modeller för ledningsorganisationen. Vanligt är att en sjukhusdirektör, som i flertalet fall inte är läkare, har ledaransvaret och att det finns en medicinsk hierarki med chefläkare och en vårdmässig hierarki med chefsjuksköterska som ledare.

En utredning³², enligt ²⁹ föreslog att ledningen skulle utövas av överläkare och översköterska med överläkaren som samordnare och administrativ ledare. Här, som i Island, Danmark och Finland, hävdar sjuksköterskorna en mer eller mindre självständig roll vid sidan av läkarna. Läkarförbundet anser att administrativa och medicinska frågor på kliniken hänger nära samman och att beslut bör samordnas av läkare.

Vid Hedmarks sjukhus i Elverum finns sedan 1988 en organisation utan politisk styrelse. I ledningen finns direktör, chefläkare, chefsjuksköterska och två representanter för de anställda. Beslut ska i princip tas gemensamt.

Vid Regionsjukhuset i Tromsø har försök gjorts med enchefskap med överläkaren som chef på klinikerna. Samtidigt skulle det finnas ett team vid varje klinik där en person ändå har det yttersta ansvaret.³³ Bakom ligger en uppfattning som läkarförbundet gjort sig till talesman för, nämligen att "delad klinikledning" mellan läkare och sjuksköterskor bör överges även om det är en modell som kan fungera väl. De som tar på sig ledaransvar måste uppträda med en röst uppåt, nedåt och utåt och ha ett samlat ansvar för enhetens totala verksamhet. "Konsensusledning" är ett begrepp som lanserats.

Socialdepartementet anser att enchefskap inte tillvaratar respektive yrkesutövares rätt, plikt och behov för självständigt ansvar inför sina specifika kärnområden. Mot delad ledning finns också skepsis eftersom det skulle understryka och förstärka barriärer mellan skilda yrkesgrupper. Den modell man slutligen stannade inför innebär att en klinikledare, underställd direktören, ska vara chef för all personal inom en klinik. Samtidigt ska finnas ett ledarteam vid kliniken med en överläkare, en översköterska och en administrativ ledare. Alla tjänster som klinikledare i Tromsø tillsattes med läkare, med undantag för operationsavdelningen där ingen läkare sökt chefskapet.

I en rapport om "Ledelse i sykehus"³⁴ föreslås att ledningen vid norska sjukhus ska utgöras av en administrativ direktör med chefläkare och chefsjuksköterska i staben. Ett decentraliserat system föreslås med ansvar hos klinikledningen för budget och personal.

Sverige

I Sverige tillämpas numera formellt chefskap vid de flesta sjukhusen. Detaljerade centrala författningar har övergetts. Den administrativa ledningen vid sjukhus utövas vanligen av sjukhusdirektör som ibland är läkare men i de flesta fall inte. Chefsöverläkare ska finnas vid enheter för diagnostik eller vård och behandling om det behövs för patientsäkerheten. Denne ska vara specialistkompetent och svara för den samlade ledningen av verksamheten. Landstingen avgör behovet.

Andra än läkare har relativt begränsade möjligheter att utses till chefer för kliniker. En uppfattning är²⁹ att chefsöverläkare gärna delegerar ledningsansvaret till mellannivåer och det medicinska ledningsansvaret till överläkare.

För varje patient ska utses en patientansvarig läkare. Men sjukvård är inte enbart medicinska insatser. Där finns även de paramedicinska grupperna: kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster. Vilken blir deras organisatoriska placering och roll i framtidens vård? Kring den frågan är förslagen många och oenigheten stor. Ett förslag är att anknyta dem till kliniker eller klinikgrupper, för närhetens skull. Så har skett på många sjukhus. Ett annat förslag är att knyta dem till en mera övergripande enhet, för den professionella utvecklingens skull.

Vissa landsting och sjukhus har gått in för prestationsrelaterad budget. Varje prestation ska prissättas och motiveras. Det tidigare systemet med "fria" serviceinsatser överges. I en situation när stora nedskärningar av budgeten ska göras gäller det att minska där "smärtan" är minst påtaglig. Kvalificerade sjukgymnaster kan förutse fortsatt hög efterfrågan på sina insatser. Dåliga ryggar och krånglande leder är vanliga hälsoproblem. Kuratorerna torde vara en grupp som i vissa fall drabbas hårt. Vid en del sjukhus och kliniker sker en väsentlig nedskärning av tjänsterna. Vid andra enheter, exempelvis hudkliniker, förefaller behovet att kvarstå. I England har verksamheten överförs till den kommunala socialtjänsten.

Arbetsterapeuterna har en given funktion inom rehabiliteringsverksamheten. Psykologer kopplas in vid bl a vissa neuroser. Men i och med att varje tjänst som beställs av en klinik eller primärvården eller en beställarnämnd kommer att debiteras, kan efterfrågan komma att minska. Avsikten är att marknaden ska skilja dem som gör ett bra och nödvändigt jobb från dem som gör ett mindre bra och mindre efterfrågat.

De kontrakt som specificerar beställningar kan ges skilda utformningar. De kan baseras på block, varvid de påminner en hel del om traditionella budgetar. Eller de kan baseras på antal patienter och den sammanlagda kostnaden, dvs kostnads/volymkontrakt. En tredje modell är styckkostnadskontrakt. Då anges en kostnad per åtgärd, i likhet med DRG.

Generellt förefaller de paramedicinska grupperna att uppleva dagens "decentraliserade" organisationer som mer hierarkiska än gårdagens.

Slutsatser

Är en modell lämplig för varje verksamhet? Eller måste man "laga efter lägenhet"? Det engelska uttrycket *contingency thinking* markerar nödvändigheten

av att anpassa organisationen efter situationens krav. En så personaltung verksamhet som sjukvård förutsätter en organisation som stimulerar initiativ, engagerar och motiverar.

Från Regionsjukhuset i Tromsø, där enchefskap skulle vara bärande princip, rapporteras att:

Enhetlig ledelse, slik det kommer til uttrykk i ekspedisjonsorganet, viser seg heller ikke å gi gode resultater. Selv om de beslutningene som tas er fornuftige, blir det lett misnøye når ikke alle kommer til ordet eller noen føler de ikke blir hørt. I en demokratisk tidsalder er det viktig at prosedyrene blir fulgt. Det er ikke bare resultatet som teller, men også hvordan man er kommet frem til det.^{2, s 1859}

I vardagen är det viktigare vem som samarbetar med vem än vem som är chef över vem.

Föreställningen om "enhetsbefäl" är en myt, menar Simon, Smithburg och Thompson i boken "Public administration".³⁵ De anser att man kan tala om enchefskap endast i de fall de anställda godtar som auktoritativa bara de kanaler för information som finns angivna i hierarkins organisationsplan. Så fungerar det inte i verkligheten, och därför är talet om enchefskap en myt, menar de. Den myten kan inte upprätthållas i verkliga organisationer. Vi har inte sett något företag eller någon förvaltning där det framgångsrikt har genomförts, säger de. För att enhetsbefälet ska fungera krävs att de underställda hindras från att acceptera förslag från exempelvis specialister som de har förtroende för. Ingen företagsledning skulle vara villig att godta konsekvenserna av helt genomfört enchefskap. Det skulle ta alldeles för lång tid om de formella kanalerna ständigt följdes. Varje anställd tar "order" i tekniska frågor från många källor. När konflikt uppstår förs problemet till den som är chef enligt det formella mönstret. Det är då som den formella tågordningen har vikt och värde.

Problem och organisationslösningar

Vilka är sjukvårdens viktigaste problem? 1) Att patienten i många fall inte får möta samma doktor vid planerade återbesök. 2) Lång väntan, köer. 3) Kvaliteten är många gånger bristfällig eller obekant, den bestäms alltid av den svagaste länken i vårdkedjan. 4) Att vårdavdelningar, den formella hierarkin till trots, inte sällan ger intryck av organisatoriskt kaos. 5) Att kostnaderna ökar; politikerna och tjänstemännen undrar om nyttan står i proportion till uppoffringen.

Vilka av de här problemen kommer man åt med organisatoriska åtgärder? Bristen på kontinuitet är en organisationsfråga. Köproblematiken handlar till stor del om ledarskap och god organisation. Att tillförsäkra god kvalitet är också väsentligen en fråga om ledarskap och rutiner.

Fortfarande famlar konsulter, sjukvårdspolitiker och sjukvårdsadministratörer i de organisatoriska tankemodulernas djungel, fastnar i lianerna av linje och stab, funktion och process. Folket står med mössan i hand. Måste det vara så?

"Logisk" organisation?

Det ligger en frestelse i att stirra sig blind på den befintliga organisationen och tro att som det är, så ska det förbli.

En lika stor frestelse är den administrativa klåfingrigheten, benägenheten att omorganisera för förändringens egen skull. Drar man igång en stor organisationsutredning har man i alla fall gjort något för att rättfärdiga sin existens som politiker, som administratör. Det här är ett internationellt fenomen. En studie av omorganisation i amerikansk statsförvaltning visar att de reella effekterna varit högst marginella.³⁶ Det viktiga är att ge *intryck* av målmedvetenhet, effektivitet och planmässighet. Det handlar om symbolpolitik, om metaforernas makt, att förstärka *bilden* av rationellt politiskt och administrativt handlande.³⁷

Bakom den organisation som finns vid dagens sjukhus och vårdcentraler finns ingen enhetlig logik, ingen samlad vård-, hälso- eller hushållningsfilosofi. Den fungerar så länge den bärs upp av personalens goda vilja.

Vad är "bra organisation"?

Om man har gott om pengar gör det detsamma hur man organiserar. Skälet för effektiv organisation, för hushållning, är resursbrist. När nu den bästa av världar ser ut som den gör, hur bör då vården organiseras? Hur får vi god service till rimlig kostnad? Genom att klinikerna sys ihop till basenheter eller block? Ska en läkare, en administratör eller någon annan vara chef? Enchefskap, tvåspann eller trojka? Orderrätt eller bara rådgivningsskyldighet?

Om folk *vill* arbeta ihop för gemensamma mål behövs ett minimum av formell organisation. Vill de inte samarbeta hjälper ingen aldrig så fin organisationsmodell. Det viktiga är att få fram ledare, chefer utan chefsfasoner, som är lyhörda, samarbetsvilliga, inriktade på god kvalitet i vården och som ställer upp på att hålla kostnadsramen. Ge dem rimlig handlingsfrihet och resultatansvar. Ta bort onödiga, byråkratiska regler. Följ upp versamheten på ett stödjande sätt. Vi måste konstatera att *om* det existerar ett bästa sätt att organisera vård så återstår detta alltjämt att upptäcka.

Tabell 12:5 sammanfattar hypotetiskt kännetecknen för situationer när lokomotiv- respektive konvojsynsätt kan vara lämpliga.

Tabell 12:5. Situationer och organisationsmodeller

<i>Faktorer</i>	<i>Situation A</i>	<i>Situation B</i>
Hur ser världen ut?	Relativt stabil	Snabb förändring
Vilket slag av risker är vanliga i omvärlden?	Relativt beräkningsbara risker	Ej kalkylerbara osäkerheter
Vilket slags problem är vanliga?	Klockproblem	Molnproblem
Vilka arbetsmetoder förefaller lämpligast för att lösa problemen?	Räkneregelmässiga	Intuitiva, nykombinerande, nyskapande
Vilken teknologi synes lämplig?	Planerings- och teknikintensiv	Kunskaps- och relationsintensiv: "laga efter lägenhet"
Vilket slag av struktur förefaller lämplig?	Då fåtaliga organisationsprincipernas hierarki med enchefskap	De många organisationslösningarnas "adhocrati" med professionsgrupper eller team
Exempel på organisationshjälpmedel	Klar arbets- och befogenhetsfördelning	"Brainstorming", framtidsverkstad
Vilket slags ledning ligger nära till hands?	Chefskap (bestämd ordstruktur) är nödvändigt	Ledarskap (följarnas acceptans) är nödvändigt
"Styra eller styras?"	Aten-, Las Vegas- och Jerusalem-synsätt: rationalistiskt, sannolikhetsbaserat och/eller auktoritetsberoende	Bryssel- och Calcutta-synsätt: förhandlingsberoende och kaostolerande
Hypotes om lämplig organisationsmodell	Lokomotivmodell	Konvojmodell

Diskutera

1. "Sjukvården fungerar inte tack vare det rådande organisationssystemet utan trots detta, till följd av de anställdas oerhörda hängivenhet". Hur vill Du kommentera påståendet?
2. "Om folk *vill* samarbeta räcker ett minimum av organisation. Om folk *inte vill* samarbeta hjälper ingen aldrig så väl uttänkt organisation". Vilken är Din erfarenhet?
3. Bör hierarkier motverkas? Kan hierarkier motverkas? I så fall hur?
4. Varför skiljer sig politiskt, administrativt och professionellt handlande från varandra i hälso- och sjukvårdens organisationer?
5. "Contingency thinking", att "laga efter lägenhet" med hänsyn till situationens krav, i vilken mån är detta nödvändigt i våra organisationer?
6. Vad avgör vilken organisationsstruktur som kommer till användning i praktiken? I vilken mån kan organisationsformer väljas?
7. Lokomotiv- eller konvojsynsätt? Vilka är fördelarna, vilka nackdelarna med hierarkimodellen, professionsmodellen respektive teammodellen för att organisera inom vården?
8. Diskutera möjligheten att tillämpa så kallad nätverksorganisation.
9. Vi organiserar genom att dra gränser, vi markerar revir. Men varje gräns är ur någon synpunkt felaktig. Om det enda sätt för organisation vi lärt och kan är organisation genom att dra gränser riskerar vi att förr eller senare stå handfallna. Ser Du andra möjligheter?
10. Utvecklingen innebär risk att arbetsmarknaden kan komma att klyvas i två delar med större avstånd och större motsättningar än nu. Dels en grupp högutbildade experter. Dels människor med rutinarbete och små krav på kunskap och färdigheter. Vad kan göras för att hindra en sådan utveckling?
11. Vilka krav kan uppställas på god organisation?
12. Vilka är fördelarna respektive nackdelarna med chefskap i jämförelse med så kallad trojkaledning eller andra modeller för organisation?
13. Det är vanligt att utgå från organisationens topp vid omorganisation. Hur kan man alternativt arbeta?
14. Lärsystemen i hälso- och sjukvården anses vara få. Vilka krav vill Du ställa på lärsystem i vården? Vilka lärsystem finns i Din organisation?
15. Hur vill Du karakterisera den organisation som Du arbetar i? Hur är fördelningen av arbetsuppgifter och befogenheter? I vilken mån förankras beslut bland de anställda innan de fattas? Vad kännetecknar kommunikationen?
16. I många organisationer fungerar gruppöverläggningar som tidstjuvar. Vad kan göras?
17. Ge exempel på metaforernas makt när det gäller att skapa intresse för förändring.
18. Vad anser Du om uttalandet att vårdverksamheten lider av att vara organiserad utifrån manskulturens och kvinnekulturens allra sämsta sidor? Manskulturens med hårda hierarkier, brist på helhetssyn och tekniskt rationalistiskt tänkande. Kvinnokulturens med kvävande passivisering.

Litteratur

- ¹ Thorgren, G., "Verklig demokrati är lönsam för alla", *Pockettidningen R*, 1991;21: 4, 82–92.
- ² Eriksen, E-O. och Larsen M-L., "Ledelse og profesjonalitet", *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1992;112:14, 1855–1859.
- ³ Jacques, E., "In praise of hierarchy", i Thompson, G., Frances, J., Levacic, R. och Mitchell, J. (red). *Markets, hierarchies and networks. The coordination of social life*, London: Sage Publications, 1991, 108–118.
- ⁴ Weber, M., *Economy and society*, vol. 1, New York: Bedminster Press, 1968.
- ⁵ Weber, M., "Legal authority in a bureaucracy", i Thompson, G., Frances, J.,

- Levacic, R., Mitchell, J. (red), *Markets, hierarchies and networks. The coordination of social life*, London: Sage Publications, 1991, 119–127.
- ⁶ Michels, R., *Organisationer och demokrati. En sociologisk studie av de oligarkiska tendenserna i vår tids demokrati*, Stockholm: Ratio, 1983.
- ⁷ Taylor, F.W., *Scientific management*, New York: Harper & Brothers, 1947.
- ⁸ Hallenborg, U., *Vårdavdelningsutredningen 1963–66*, Stockholm: Danderyds sjukhus, 1966 (mimeo).
- ⁹ Jonsson, E., *Lönsamhet av centraliserad kostproduktion enligt den s k påsmetoden*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan, 1964 (mimeo).
- ¹⁰ Backlund, M., *Nackametoden – ett tioårigt experiment med påsmetoden*, Uppsala: Uppsala universitet, Ekonomisk historia, 1985 (mimeo).
- ¹¹ *Omsorgen i samhället. Programskrift för en framtidsstudie om vård och vårdbehov*, Stockholm: Sekretariatet för framtidsstudier, 1978.
- ¹² Eliasson, R., *Psykiatri som ideologi, I och II. Nackaprojektet och den nya psykiatri i korseldsbelysning*, Rapport 33, Barnbyn Skå, Stockholm: Socialförvaltningen, 1977.
- ¹³ Sveiby, K.E. och Risling, A., *Kunskapsföretaget*, Malmö: Liber Förlag, 1986.
- ¹⁴ Powell, W.W., "Neither market nor hierarchy: network forms of organization", *Research in Organizational Behaviour* 1990;12:295–336.
- ¹⁵ Neuhauser, D., "The hospital as a matrix organization", i Kovner, A.R. och Neuhauser, D. (red), *Health services management*, Ann Arbor: Health Administration Press, 1978;8:143–160.
- ¹⁶ Burns, L.R., "Matrix management in hospitals: testing theories of matrix structure and development", *Administrative Science Quarterly*, 1989;34:349–368.
- ¹⁷ Blau, P.M., *Inequality and heterogeneity*, New York: Free Press, 1977.
- ¹⁸ Gustafsson, R.Å., *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*, Stockholm: Esselte studium, 1987.
- ¹⁹ *Sjukvårdens inre organisation – en idépromemoria*, Stockholm: Allmänna förlaget, SOU 1979:26.
- ²⁰ Townsend, R., *Sätt fräs på företaget*, Stockholm: Norstedts, 1971.
- ²¹ Gardell, B. och Svensson, L., *Medbestämmande och självstyre*, Stockholm: Prisma, 1981.
- ²² Svensson, L., Aronsson, C. och Höglund, S., *Kan byråkratin förändras?*, Stockholm: Ordfront, 1990.
- ²³ Kinnunen, J., *Terveyskeskuksen organisaatio-kulttuuri*, Kuopio: University of Kuopio, original report (thesis) 1990:4.
- ²⁴ Lundquist, L., "Ledarskapet och följarna", *Statsvetenskaplig tidskrift*, 1989;92(1): 149–7.
- ²⁵ Their, S., *Edukativ organisationsutveckling och ledarskap i serviceinriktad verksamhet*, Helsingfors: Helsingfors universitet, 1990.
- ²⁶ Røvik, K.A., "Organiseret læring i forvaltningen", *Statsvitenskapelig tidsskrift*, 1992;8:1, 27–46.
- ²⁷ Main, J., "Wanted: leaders who can make a difference", *Fortune*, 28 September, 1987;20:72–77.
- ²⁸ Berry Jr, R.E., "Cost and efficiency in the production of hospital services", *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 1974, 1974:291–312.
- ²⁹ Rydholm, I-M., *Att leda vård*, Stockholm och Göteborg: FOU-rapport 0349-1757; 37 SHSTF och NHV, 1992
- ³⁰ *Sygehusens organisation og økonomi. Betænkning fra indenrigsministeriets produktionsudvalg*, København: Inrikesministeriet, 1984
- ³¹ Saltman, R., "Power and cost containment in Danish public hospital", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1985 (9);4.
- ³² *Ledelse av sykehusavdelinger*, Oslo: Den Norske Lægeforening, 1984.
- ³³ *Organisations- og ledelsesforhold i sykehus*, Synspunkter fra en arbeidegruppe nedsett i forbindelse med konflikten omkring ledelsesforhold ved Regionsykehuset i Tromsø, Oslo: Sosialdepartementet/Helsedirektoratet, 1989.
- ³⁴ *Ledelse i sykehus*, Oslo: Sosialdepartementet, 1990.
- ³⁵ Simon, H.A., Smithburg, D.W. och Thompson, V.A. *Public administration*, New York: Knopf, 1950.
- ³⁶ March, J.G. och Olsen, J.P. Organizing political life: What administrative reorganization tells us about government. *American Political Science Review* 1983; 77:281–296.
- ³⁷ Petersson, O., *Metaforernas makt*, Stockholm: Carlssons, 1987.

13. Marknadsstyra eller marknadsyra?

Marknadens välsignelser 223 • *Välfärdssystemens kungstanke* 223 • *Plan eller marknad?* 223
• *Klinikchefen och ledningsansvaret* 240
• *Välfärdssystem i förändring* 240 • *Diskutera* 242
• *Litteratur* 242

"Släpp marknaden loss! Överge planstyrningens mandarinvälde! Plan står för förtryck, marknad för frihet! Låt entreprenörsandan blomma! Kreativitetens tusenbladstärta rakt i ansiktet på byråkratins köttvullar och betonghäckar! Fram för stimulerande tävlan! Vem skulle vilja springa 100 meter på 10 sekunder om det inte fanns någon att tävla med?"

Marknadens välsignelser

I den andan argumenterar de som önskar mer marknadsstyrning. Marknad förbinds med handlingskraft och effektivitet. När en distriktsläkare i Västerås satte upp privat vårdcentral på entreprenad för landstinget menade han att det skönaste är att slippa "den administrativa förtrycksapparaten". Hos honom är personalen sällan sjukskriven. Personalstrukturen har förändrats. Inga undersköterskor eller biträden. Bara läkare och kvalificerade sjuksköterskor. En kultur av välvilja och samarbete har skapats. Modellen får beröm i riksdagens revisorers rapport "Den svenska hälso- och sjukvården".¹

Välfärdssystemens kungstanke

Välfärdssystemen bygger på att den gemensamma sektorn ska värna om sjuka och resurssvaga. Men de nordiska välfärdssystemen har gått längre än så. Inte bara finansiering utan även drift blev en del av det offentliga. Välfärdsstater som Nederländerna, Tyskland och Kanada har gett större utrymme för privat organiserad verksamhet även om finansieringen väsentligen är offentlig.

Plan eller marknad?

Vad har *planstyrning* för särtecken?^{2,3} Den kännetecknas i en parlamentarisk demokrati enligt teorin av att den självständiga väljarens åsikt, realiserad vid röstningen på valdagen, ska präglade politikernas avgöranden. Politikerna förutsetts ha information om de möjliga alternativen. Demokratins arbetssätt med konkurrens mellan partier gör att viktiga åsikter blir representerade. Detta även om allmänheten är hänvisad till att "köpa färdiga paket" i form av parti-

program. Resultatet är enligt teorin det samhällsnyttiga, politiska beslutet.

Tjänstemän i förvaltningen ska realisera de politiska visionerna, målen och besluten. De förutsätts besitta sakkunskap. Det är därför de har fått sina jobb. Konkurrensen om befattningar i byråkratins karriärstege leder till att rätt person hamnar på rätt plats. Allt enligt teorin.

Marknadsmodellens teori skiljer sig på väsentliga punkter härifrån. På en marknad tar självständiga konsumenter initiativ i form av efterfrågan, dvs köpvilja i förening med köpförmåga. Till denna efterfrågan anpassar sig producenterna. Både konsumenter och producenter väntas ha fullständig information om vilka varor och tjänster marknaden erbjuder och till vilka priser. Det som efterfrågas blir också producerat. Den fria konkurrensen leder till att priserna blir rimliga. Se tabell 13:1.

Verkligheten skiljer sig både från planstyrningens och marknadens teoretiska ideal. I demokratins planekonomi finns inbyggd instabilitet i och med att politikerna måste riskera sina platser i val. Det parti eller den koalition som styr håller kanske minoriteten "kort". Oppositionen frestas till överbudspolitik. Partierna lovar för mycket inför allmänna val.

Starka intressegrupper bedriver "lobbying". De allmänna valen ger ett ofullständigt uttryck för vad befolkningen i sin helhet tycker. Överdriven känslighet för massmediaopinioner kännetecknar i många fall politikerna. "Den tredje statsmakten", dvs press och etermedia, påkallar allmänhetens och politikernas uppmärksamhet och påverkar därigenom vilka beslut som aktualiseras.⁴

Tabell 13:1 Plan och marknad i teorin

<i>Planstyrningsmodellen</i>		<i>Marknadsmodellen</i>
<i>Idealets politik</i>	<i>Idealets förvaltning</i>	<i>Idealets marknad</i>
Självständiga väljare röstar	Den politiska ledningen lyfter fram visioner och ger mål	Den informerade konsumenten efterfrågar
Politiker anpassar sina mål efter väljarna	Tjänstemän förverkligar visionerna och målen	Producenter anpassar sig till efterfrågan
Väljare och politiker har fullständig information om möjliga handlingsalternativ	Tjänstemän har erforderlig sakkunskap	Konsumenter och producenter har fullständig information om varor, tjänster och priser
Samtliga viktiga åsikter blir representerade	Det som åläggs blir utfört	Det som efterfrågas blir producerat
Partikonkurrens leder till goda politiska beslut	Karriärkonkurrens leder rätt person till rätt plats	Fri konkurrens leder till rimliga priser

Tjänstemännen har sina egna värderingar som inte alltid stämmer överens med politikernas. Den tid de tillbringar med ärendena ger dem avsevärd möjlighet till påverkan. Organisationskulturen, traditionen och de professionella kraven kan leva sitt eget liv, särskilt i en kunskapsorganisation som sjukvården. Även om förvaltningar väntas "räcka varandra handen" uppstår "personliga signaturer" och revirtänkande: "det här är inte mitt bord" eller "hands off"! När den individuella insatsen spelar stor roll, och det gäller i hög grad inom vården, kan motivationen vara viktigare som styrningsfaktor än både tekniken, organisationsstrukturen och politiken.

Hur ser då marknaden ut i realiteten? "Den fria konkurrensen" förvandlas i många fall till fåtalskonkurrens eller monopol. De som tillhandhåller service kan själva påverka efterfrågan; i sjukvården talas om "producer induced demand". När många institutioner skaffar samma slag av medicin-teknisk utrustning, som bara används under några få timmar per dag, uppstår fördyringar. Se tabell 13:2.

Tabell 13:2 Plan och marknad i verkligheten

Planstyrningsmodellen		Marknadsmodellen
Den <i>verkliga</i> politiken	Den <i>verkliga</i> förvaltningen	Den <i>verkliga</i> marknaden
Politisk instabilitet. Minoriteter hålls kort	Självrådiga tjänstemän	Monopol, fåtalskonkurrens
Överbud och bypolitik	Tjänstemäns egna intressen samt professionella önskemål tar överhanden	Marknaden uppvisar funktionsbrister. Subventioner och stöd krävs
Lågt valdeltagande, politisk passivitet	Långsamhet, köer. "Inte mitt bord". Ointresse	Ineffektiv resursanvändning
"Lobbying". Överdriven politisk känslighet för opinioner	Dålig anpassning till situationens krav	Producenter och leverantörer bestämmer i hög grad själva priserna

Tre planeringsmodeller

Planering är inte ett entydigt begrepp. Med viss förenkling kan man tala om tre modeller: den rationalistiska, den marginalistiska och en blandform, "mixed scanning".⁵ Kännetecknande för den *rationalistiska* är att den strävar efter "algoritmisk" eller räkneregelmässig exakthet. Den syftar till fullständig kunskap om tillgängliga handlingsalternativ och deras konsekvenser. Rationaliteten är fullständig i teorin. Graden av kontroll antas vara hög. Målen är långsiktiga och väl definierade, men kraven på beslutfattarens kapacitet överstiger mänsklig förmåga. Att samla in nödvändiga data, att bearbeta och analysera blir utomordentligt komplicerat. Modellen uppträder i totalitära system och i ekonomisk teori. I grunden är den utopistisk och orealistisk för praktiskt bruk. Den drunknar i detaljer.

Den *marginalistiska* är de små stegens modell.⁶ Det är bara ett mindre antal handlingsalternativ och konsekvenser som beaktas. Den begränsade rationaliteten erkänns som ett faktum, likaså de ringa möjligheterna att få grepp om skeendena. Målen är relativt kortsiktiga och diffusa.

Den stora förtjänsten i jämförelse med den förra modellen ligger i erkän-

Tabell 13:3 Tre planeringsmetoder

Modell	Rationalistiska modellen	Marginalistiska modellen	"Mixed-scanning" modellen
Modellens kännetecken	Algoritmiskt vetenskaplig. Syftar till fullständiga kunskaper om alternativen och deras konsekvenser	De små stegens modell. Ett begränsat antal alternativ och några få konsekvenser beaktas	En blandning av den rationalistiska och den marginalistiska.
Grad av rationalitet	Fullständig – i teorin	Begränsad	Beroende av beslutets karaktär
Grad av kontroll	Hög, enligt antagandena	Begränsad	Varierande
Mål	Långsiktiga, väl definierade	Kortsiktiga, diffusa	De strategiska målen är definierade, de övriga inte
Krav på beslutsfattarens kapacitet	Överstiger mänsklig förmåga	Utgår från människans begränsade förmåga	Anpassad till beslutsfattarens kapacitet
Resurskrav	Mycket resurskrävande datainsamling, bearbetning och analys	Små resurser krävs för datainsamling, bearbetning och analys	Situationsrelaterade
Uppträder	I centralstyrda och totalitära system och i teorin	I pluralistiska organisationer och demokratier	I aktiva samhällen med förmåga till problemlösning
Bedömning	Utopisk, orealistisk. Drunknar i detaljer. Förbiser det faktum, att endast fragmentariska kunskaper om konsekvenser är möjliga att få grepp om.	Systemkonserverande. De starka som har makten styr. Fungerar i stabila situationer	Medger flexibilitet. Är till hjälp för nyanserad bedömning

nandet av människans begränsade kapacitet till problemlösning. Små resurser krävs för analysarbete. Modellen uppträder i pluralistiska organisationer och demokratier. Som helhet kan den sägas vara systemkonserverande.

Den *blandade* modellen skiljer mellan grundläggande beslut och övriga. Strategiska mål avges, övriga inte. Kraven på beslutfattarens kapacitet är relativt måttliga. Modellen, som medger flexibilitet med hänsyn till skiftande förhållanden, uppträder i aktiva demokratier där ambitioner finns om samhällelig förändring. Se tabell 13:3.

Hett debattämne

Frågan om plan kontra marknad var ett stort debattämne bland 1930-talets samhällsekonomer. På plansidan märktes Oscar Lange och Abba P. Lerner. En central plan för kombinationen av produktionsfunktioner och produktionsvolymerna bör bestämma handlingsutrymmet för företagen, menade de. Den marginella produktiviteten för varje faktor bör vara lika i varje användning och priset sättas lika med produktens marginalkostnad. Produktionsvolymerna ska bestämmas av hur mycket som kan avyttras eller tillgodoräknas med hänsyn till hela branschens marginalkostnader. Fördelarna skulle ligga i att arbetets obehag kompenseras mera rättvist, att inkomstfördelningen blir jämnare och att tillväxten säkras genom centrala investeringsbeslut. Ny produktionsteknik, som företagare annars skulle kunna motarbeta, införs snabbt.

På marknadssidan framträdde Ludvig von Mises och Friedrich von Hayek. De pekade på att det antal faktorer som man måste ta hänsyn till i en planekonomi är så stort att möjligheten till central överblick blir obefintlig. Decentralisering blir nödvändig. Utrymme måste skapas för justering av planerna med hänsyn till förändrade förhållanden. Denna funktion har priserna i en marknadsekonomi. Marknaden svarar för att produktionsresurser kombineras på lämpligt sätt, att verksamhetsvolymerna bestäms och att varor och tjänster fördelas utan långt gående formalistiska bestämmelser.

Metoder

Även om planering fått dålig klang till följd av planekonomiernas politiska, ekonomiska och moraliska bankrutt betraktas strategiskt tänkande inför framtiden som en nödvändighet också inom många företag. Metoderna kan klassificeras i historiskt orienterade, klientorienterade, resursorienterade, professionellt orienterade, interaktionsorienterade och futuristiska. Se tabell 13:4 för en sammanställning.

Offentligt och privat

Många ser offentlig verksamhet som en förtärande, ineffektiv koloss med ett privilegierat frälse av oföretagsamma byråkrater. Men allmänheten har en betydligt mer positiv bedömning av den offentliga sjukvården än av något annat område i samhället. Sjukvården ska inte bara producera trygghet och hälsa utan även rädda jobben, skapa rättvisa åt underprivilegierade och bidra till jämlikhet i levnadsvillkoren.

Tabell 13:4 Översikt över planeringsmetoder.

Historiskt orienterade planeringsmetoder

Retrospektiva analyser med framdragna trender

(Extrapolering av tidigare utveckling)

Analogimetoden

(Paralleller söks mellan det aktuella området och utvecklingen i andra länder eller verksamheter)

Basmetoden

(Försök görs att finna någon bas som bestämmer utvecklingen, t ex näringslivets utveckling, antalet pensionärer och barn)

De kritiska händelsernas metod

(Vad kan läras av tidigare kritiska episoder?)

Normtalsmetoden

(Taga fram och använda normer, planeringstal eller -nycklar av olika slag)

Klientorienterade planeringsmetoder

Analys av otillfredsställda behov

(Epidemiologiska analyser, inventering av barnens och de äldres problem)

Hälsoanalysmetoden

(Vilka är förutsättningarna för ett friskt samhälle? Tonvikten i analysen kan ligga vid hur det relationsskapande, det uppbyggande och konstruktiva kan främjas genom frivilliginsatser och professionella, speciellt i förhållande till riskgrupper)

Resursorienterade planeringsmetoder

Analys av "flaskhalsar" i skilda verksamheter

(Vilka är de svaga länkarna? Hur kan de förstärkas?)

Kostnads- och effektanalys

(Hur långt räcker en given ekonomisk ram? Var kan insatserna väntas göra störst nytta? Vilka blir effekterna av en marginell ökning eller minskning?)

Professionellt orienterade planeringsmetoder

Budgetäskandemetoden

(Vilka önskemål finns hos medarbetare i organisationen?)

Expertmetoden

(Vad anser experter av olika slag?)

Interaktionsorienterade metoder

Samstämmighetsmetoden

(Vilka handlingslinjer går det att få någorlunda stor enighet kring?)

Intressegruppsanalyser

(Vilka är de tunga intressegrupperna? Vad har de för önskemål?)

Futuristiska metoder

Delphi-metoden

(Sakkunniga ufrågas i olika omgångar om vilken utveckling de anser mest trolig)

Scenario-metoden

(Informerade bedömare får ta ställning till skilda framtidsbilder och utifrån dessa skissera handlingsalternativ)

Båda sidorna har rätt i något. Båda har delvis fel. Det offentliga *är* bot och hot, *är* effektivt och ineffektivt. Sjukvården ger och tar. Den lånar drag både av Stålmannen, som skyddar Metropolis invånare mot alla slags faror, och av jätten Gluff Gluff, som aldrig blir riktigt mätt. Viktigt är motbilder mot det överförenklade. Det förutsätter att tjänstemännen klargör vad de utför på ett bra sätt.

Det enskilda näringslivet har målats upp som ideal, företagsledarna som dagens hjältar. Så visar det sig att "yuppiekulturens" bas var ihålig. Banker och försäkringsbolag har spelat med i svindlande affärer där ytterst det offentliga får betala räkningarna.

Det offentliga och det enskilda blir alltmer beroende av varandra. Samtidigt blir de mer i konflikt om resurser. Den reella makten har kanske i första hand att göra med möjligheten att organisera samhällets information? Bra ledarskap, oavsett ägarformen, handlar om ansvaret att förvandla plock till data, data till information, information till kunskap och kunskap till insikt, till förmåga att se helhet i samhälle och miljö.

En kritik mot nordisk sjukvård är att sjukvårdsägarna har haft alltför många roller: som producent, som konsumentföreträdare och som finansiär. En renodling har ansetts önskvärd. Den engelska omorganisationen enligt "the white papers"⁷ har varit förebild för nytänkande också i Norden. Konkurrens mellan skilda producenter väntas leda till lägre kostnader och högre kvalitet. Intäkter bör komma från vad man uträttar för patienter, inte från vad man utverkar av politiker.

Ändå finns inget erfarenhetsmässigt, strängt vetenskapligt bevis för att konkurrens ovillkorligen leder till lägre kostnader eller högre kvalitet inom hälso- och sjukvård. I en analys av "Health care and health care finance in Sweden" säger Culyer:⁸

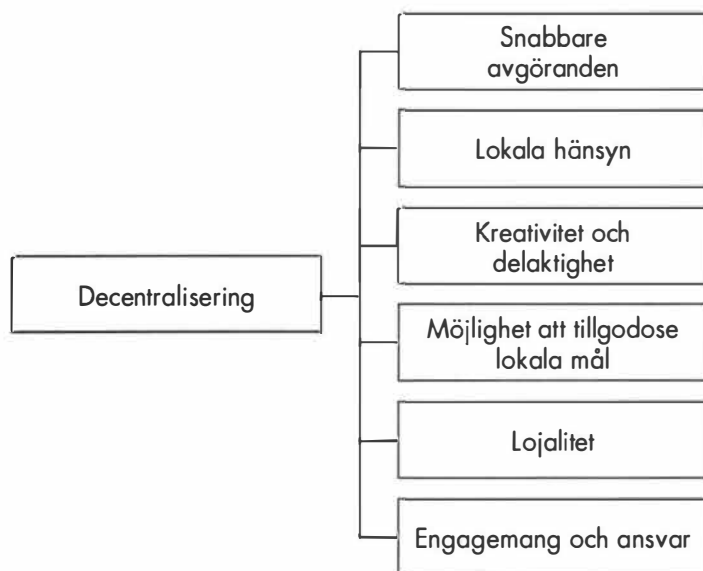
"...provider competition is a risky strategy, particularly since the advantages claimed for it will appear as decided *disadvantages* to those within the system who would stand to lose from, or would at least be threatened by it. Their powers to sabotage and subvert should not be underestimated. The evidence from American experiments with competition is not encouraging even if the type envisaged for Sweden is rather unlike the types that have been tried out in the USA".^{8, s 24}

Skilda aktiviteter i diagnostik-, vård- och behandlingskedjan hänger nära samman. När de separeras i en konkurrensmodell finns risk för "suboptimering": "Fiscal independence of interdependent activities is unwise".^{8, s 17}

Några decentraliseringsbegrepp

Decentralisering är ett populärt uttryck: "förnyelsens kärna" i sjukvårdens reformarbete, den "tunga faktor" som är förutsättning för andra reformer.⁹ En allmän innebörd är ökad lokal självständighet och minskad central styrning. Begrepp som används i diskussionen är följande.

Figur 13:1 Decentraliseringens väntade effekter



Politisk decentralisering betyder att beslut läggs till lägre politisk nivå, vilket ger minskad central makt. Nackdelen ligger i risken för bristande politisk överblick.

Administrativ decentralisering innebär att avgörandena läggs till lägre tjänstemannanivå. Då minskar behovet av centrala tjänstemannainstan- ser. Risken är att den ena handen inte vet vad den andra gör, att många slags praxis kommer att tillämpas.

Delegering betyder att arbetsuppgifter mer eller mindre tillfälligt läggs till befattningshavare på lägre organisatorisk nivå. Fördelen är större snabbhet. Risken kan vara bristande professionalitet.

Dispersion betyder geografisk utspridning av verksamhet. Man kom- mer fysiskt närmare dem som betjänas. Men för ekonomi och kvalitet kan en viss volym krävas. Denna kan vara svår att upprätthålla vid myck- et utspridda enheter.

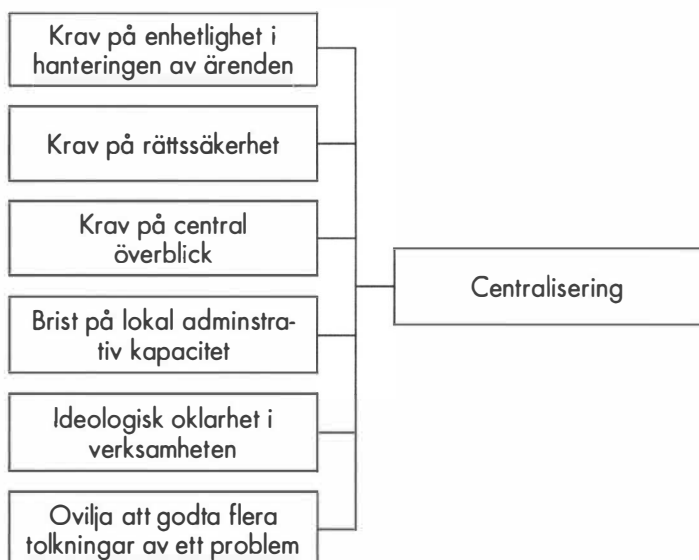
Bolagisering innebär att verksamhet överförs till bolagsform, offentlig eller privat. Västra Frölunda sjukhus i Göteborg omorganiseras (1993) till att drivas i form av bolag. Fördelen väntas vara större flexibilitet och bättre anpassning till situationens krav. Risken rent principiellt är att den offentliga insynen och inflytandet minskar.

Privatisering betyder överföring av verksamhet från offentligt till enskilt ägande. Då blir verksamheten oberoende av vad kritikerna kallar "inkompetenta och beslutsimpotenta politiker" som är "oklara över vil- ken deras roll ska vara". Men kontrollfunktioner behövs för att hindra privata monopol att missbruka sin makt. Se tabell 13:5, som summerar några tänkbara fördelar och nackdelar.

Tabell 13:5 Decentralisering och besläktade begrepp

Begrepp	Innebörd	Tänkbara fördelar	Tänkbara nackdelar
<i>Politisk decentralisering</i>	Beslut läggs till lägre politisk nivå	Minskad central makt, fler får inflytande	Bristande politisk överblick
<i>Administrativ decentralisering</i>	Beslut läggs till lägre administrativ nivå	Minskat behov av centrala insatser, lokala lösningar prövas	"Suboptimering": helhetsperspektivet skymms
<i>Delegering</i>	Arbetsuppgifter läggs till lägre befattning	Snabbare åtgärder	Risk för bristande professionalitet
<i>Dispersion</i>	Geografisk utspridning av verksamhet	Närhet till dem som betjänas	Viss volym krävs av ekonomiska och kvalitetsmässiga skäl
<i>Bolagisering</i>	Överföring av verksamhet till bolagsform, offentlig eller privat	Större flexibilitet	Minskad offentlig insyn
<i>Privatisering</i>	Överföring av verksamhet från offentlig till privat sektor	Oberoende i förhållande till politikerna	Risk för privata monopol, högt pris eller för stor volym

Figur 13:2 Faktorer bakom centralisering



Decentralisering är viktig: För snabbare avgöranden. För större hänsyn till lokala förhållanden. För ökat idéflöde och frigjord kreativitet. För starkare känsla av lojalitet, av engagemang och ansvar. Se figur 13:1. När ökad centralisering sker är motiven annorlunda: nödvändigheten av enhetlig hantering av likartade ärenden, rättssäkerhet och central överblick. Den lokala administrativa kapaciteten kanske är bristfällig, eller ideologisk osäkerhet råder i verksamheten. Ovilja kan också finnas att godta flera tolkningar av ett problem. Se figur 13:2. Erfarenhetsmässigt växlar skeden då decentralisering är i förgrunden med skeden då centralisering är i ropet.

För effektivitet krävs både central överblick och lokal självständighet.^{10, 11} När den amerikanske organisationsforskaren Alain Enthoven talar till förmån för decentralisering och "managed competition" betonar han att vissa områden med nödvändighet måste ligga under central kontroll. Dit hör: kontroll av priser, standardisering av vissa tjänster, modellkontrakt, övergripande kvalitetskontroll, principer för finansiering, hur jämlikhetskraven uppfylls och metoder för att stimulera konkurrens.¹²

Tre organisationsmodeller

"Verksamhets- och finansieringsansvaren bör, där så är möjligt, skiljas åt. Den som beställer tjänsten ska vara en annan än den som utför den".^{13, s 205} Så läggs texten ut i det socialdemokratiska 90-talsprogrammet. Motsvarande inriktning finns inom de andra stora politiska partierna. Tanken får också en spegling i landstingsförbundets utredning "Vägval".¹⁴

I princip kan man tala om tre skilda modeller för organisation av sjukvård. De är den centraliserade, den decentraliserade och den atomiserade modellen. Den *centraliserade* modellen liknar i stort sett den klassiska organisationen för sjukvård i Norden och England. Vården är organiserad i offentlig regi i regioner eller av staten. Finansieringen sker genom regionala och/eller statliga skatter. Om finansieringen sker regionalt förutsätts staten lägga något slag av skattetak. Konkurrens kan skapas genom att patienterna själva får välja vårdgivare inom ett geografiskt område, något som kallats "public competition".¹⁵ Prestationsersättning av ett eller annat slag kan tillämpas.

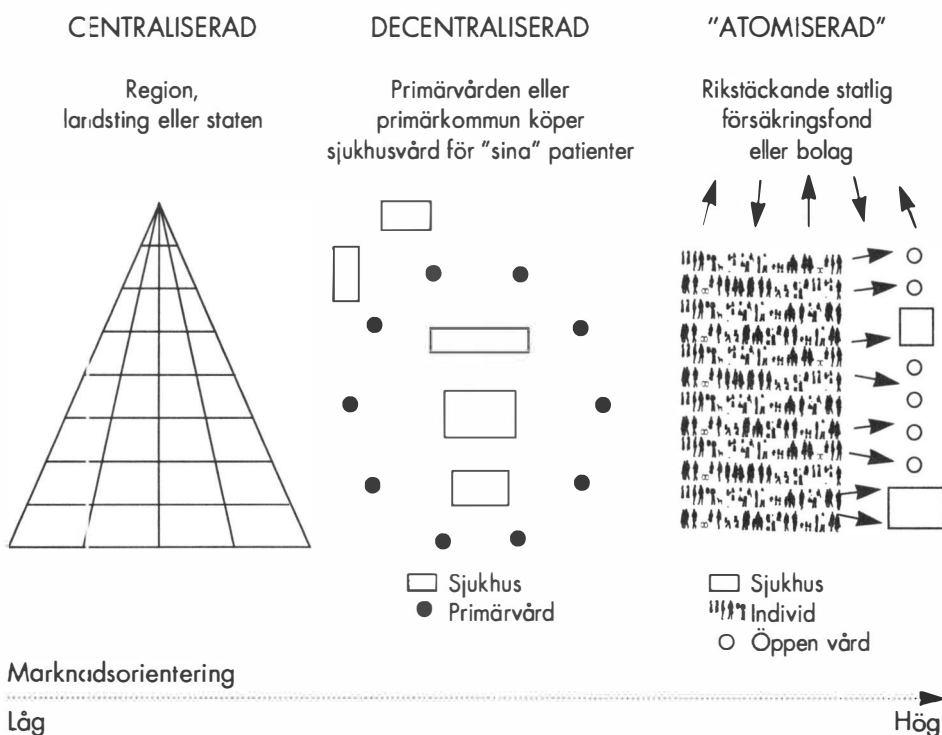
En variation på temat är att regionerna också svarar för ersättning åt en befolkning vid förlorad arbetsinkomst till följd av sjukdom, dvs svarar för försäkringskasseuppgiften.

Den *decentraliserade* modellen lägger ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård av olika slag antingen på primärvården eller primärkommunerna eller på en särskild beställarnämnd. Finansieringen sker genom regional eller primärkommunal inkomstskatt, plus patientavgifter och statligt stöd. "Produktionen" av vård kan ske offentligt eller privat. Primärvården, primärkommunerna eller beställarnämnderna väntas teckna kontrakt med vårdgivare. Modellens svaga punkt ligger i beställarnas kompetens: Hur ska de kunna avgöra vad som kan utföras lokalt för sina patienter respektive vilken diagnostik, vård och rehabilitering de ska köpa från sjukhusen? Dyrbart pseudoförhandling och pseudofakturerande är andra tänkbara effekter.

Den *atomiserade* försäkringsmodellen är en tredje möjlighet. En central, statlig fond skulle finansiera sjukvård, läkemedel, sjukpenning, förtidspension

och arbetsskadeförsäkring. Eventuellt skulle man kunna tänka sig konkurrerande försäkringsbolag, men det rationella häri kan ifrågasättas inom ett område som väsentligen finansieras av allmänna medel. Riksdagen skulle besluta om ett ekonomiskt tak för verksamheten. Försäkringsfonden svarar för att sjukvård finns tillgänglig men inte för "produktionen" av sjukvårdsservice. Vilka skulle då svara för denna? Offentliga och enskilda institutioner, exempelvis landsting, primärkommuner, stiftelser och bolag, också privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Vårdgivarna skulle agera på en konkurrensutsatt marknad och få betalt för utförda prestationer mot bakgrund av kontrakt. Dessa kan antingen utformas som blockkontrakt vilka omfattar hela program, eller som prestationsersättning.

Figur 13:3 Tre organisationsmodeller



Var och en av modellerna har sina kännetecken och förväntade effekter. Se tabell 13:6 och figur 13:3. Patienternas valfrihet torde vara minst i den centraliserade och störst i den "atomiserade" modellen. Den svenska tandvården är ett exempel på en "atomiserad" modell: till hälften privatägd, till hälften landstingsägd; till ungefär hälften finansierad via försäkringskassorna i övrigt direkt från patienterna. Vem som helst får söka tandvård var som helst i landet, oavsett var de bor. Förtroendetandläkare förhandsgranskar dyrbarare arbeten.

Den centraliserade modellen är i hög grad utbudsstyrd. I den decentraliserade tillåts patienternas/konsumenternas efterfrågan spela en större roll; än mer så i den "atomiserade" modellen. Politikernas roll i den centraliserade

Tabell 13:6 Kännetecken och förväntade effekter av centraliserad, decentraliserad och "atomiserad" sjukvårdsmodell

<i>Kännetecken</i>	<i>Centraliserad modell</i>	<i>Decentraliserad modell</i>	<i>"Atomiserad" modell</i>
Hur ska vården finansieras?	Regional eller statlig inkomstskatt plus avgifter	Regional eller statlig inkomstskatt plus avgifter	Rikstäckande statlig försäkringsfond, statsunderstöd eller försäkringsbolag, plus avgifter
Vem eller vilka ska producera vården?	Regionparlament, landsting eller staten	Offentliga och privata sjukhus och mottagningar enligt kontrakt	Offentliga och privata, kontrakterade vårdgivare
Patientens valfrihet	Liten	Något större	Större
Möjlighet för vårdgivare att komma och gå	Mycket begränsad	Något större	Större
Ideologi	Utbudet styr	Efterfrågan styr	"Marknadsliberalism" inom given ram
Ledarskapets vikt	Begränsad	Större	Ännu större
Politikernas roll	Resursfördelare Finansiärer Arbetsgivare Patientföreträdare	Kriteriesättare för resursfördelningen. Talesperson för kollektivets efterfrågan	Övergripande kontroll av kostnader, priser, kvalitet, konkurrens, kontrakt, jämlikhet etc
<i>Förväntade effekter</i>			
Jämlikhet	Ett väsentligt mål	Bibehålls	Torde kunna bibehållas
Kostnader för Drift Investeringar Transaktioner Marknadsföring	Relativt måttliga Relativt måttliga Måttliga Obetydliga	Högre Högre Något högre Större	Högre Högre Avsevärda Betydande
Kvalitetskontroll	Ingen stor fråga	Något större vikt	Större betoning
Ansvarighet mot Patienten Vårdpersonalen	Liten Avsevärd	Något större Något mindre	Större Mindre
Informella makthavare	Läkarna	Läkarna	Läkarna

modellen är att vara resursfördelare och finansiärer, arbetsgivare och patientföreträdare. Deras roll i den decentraliserade modellen förutsätts vara som kriteriesättare för resursfördelningen och som talespersoner för kollektivets efterfrågan. I den "atomiserade" modellen är de folkvalda förtroendemännens uppgift att svara för övergripande kontroll av priser, standardisering av vissa tjänster, modellkontrakt, övergripande kvalitetskontroll, principer för finansiering, jämlikhet och konkurrens.

Oavsett vilken modell som väljs är en allt mera spridd åsikt i dag att den generella välfärdspolitikens kärna inte kan vara ett nästan totalt subventionerat utbud av vårdtjänster. En höjning av avgifterna i vården är att vänta, dels för att underlätta finansieringen och dels för att ge behoven och önskemålen en tröskel. Sambandet mellan det som man betalar och det som man får väntas bli tydligare.¹⁶ Men i en välfärdsstat ska alla ha råd att kliva över den ekonomiska tröskeln. Därför är någon form av högkostnadsskydd nödvändig.

Vikten av kreativt, pedagogiskt ledarskap synes öka ju längre man kommer från den traditionella, centraliserade modellen. Med ökad marknadsstyrning anses behovet minska av politiska beslutande organ.

Politikernas roll i sjukvården har varit föremål för diskussion under senare tid. "Alla politiker är gripna av lusten att styra och ställa för medborgarnas bästa", säger Albinsson-Bruhner: att "hålla pengar" eller "regleringar" över problemen.¹⁷ En strävan från inte minst vissa läkare har varit att få mera "professionella" sjukhusstyrelser, bestående av erfarna företrädare för näringslivet.¹⁸ Det finns också de som menar att de folkvalda förtroendemännens uppgift i stort sett är överspelad inom sjukvården: "Den goda nyheten är att sjukvården inte behöver några politiker, åtminstone inte på lägre nivå än riksdagspolitiker".¹⁹

Vilka blir effekterna om allt fler väsentliga områden undandras politisk insyn? Får vi professionernas och ekonomernas expertvalde? Hur äventyrligt är det att avstå från det demokratiska samtalet på ett så väsentligt och manipulerbart område som sjukvårdens? Att lämna fältet fritt för det medicinindustriella komplexet kan på sikt betyda ännu högre kostnader för samhället.

Vilka är då de väntade effekterna av de tre modellerna? En viktig fråga i ett välfärdssamhälle är möjligheten att ge vård "på lika villkor" åt var och en som behöver. Kan detta mål bibehållas i den decentraliserade och i den "atomiserade" modellen?

Den centraliserade modellen med ett bestämt betjäningsområde har byggts upp inte minst med tanke på de svaga. Den atomiserade modellen synes passa väl för de friska, de som kan ta för sig och är välinformerade. Med tanke på de äldre, barnfamiljerna, missbrukarna och de handikappade kan den centraliserade modellen med områdesansvar för en befolkning vara en lämpligare modell.

I den decentraliserade och den atomiserade modellen kan läkaren bli ekonomiskt beroende av patienterna. Det kan få till följd att sjukskrivningar och förskrivning av lugnande medel ökar. Om läkaren har en lista där patienterna ska anteckna sig för service under, säg, ett år kan läkaren lätt hamna i en utpressningssituation. För att få behålla personerna på sin lista kan läkaren känna sig tvingad att göra som patienterna vill. Alla antecknar sig inte heller. I

några försök var det långt under 50 procent. De som inte antecknar sig synes främst vara de resurssvaga.

I en konkurrenssituation kan en läkare vilja behålla en patient som i och för sig kunde må bättre av att betjänas av en annan specialist. Det ekonomiska intresset kan också medverka till en ovilja att dela med sig av sitt kunnande till kolleger.

De tunga, olönsamma patienterna kan hamna hos de senast etablerade. Rehabiliteringspatienter, äldre och psykiskt sjuka är inte lönsamma i ett decentraliserat system med ersättning per patient ("capitation"). Ur rehabiliteringssynpunkt kan det vara önskvärt att läkaren vägrar sjukskriva en patient som exempelvis inte vill gå på sjukgymnastik. Det kan den läkare göra som inte riskerar att drabbas ekonomiskt av att patienten väljer en annan. Remitterandet kan komma att baseras på önskemålet att bli kvitt en olönsam patient. Fokuseringen kan i orimligt hög grad gälla läkarinsatsen medan exempelvis distriktssköterskor underutnyttjas. Ointresse att ta tid i anspråk för utbildning och forskning kan också bli en effekt.

Det positiva med en decentraliserad eller atomiserad modell ligger i att vården "tvingas" bli bättre i bemötandet av patienten. Positivt kan också vara att den läkare som ordinerar röntgen och laboratorieundersökningar måste tänka igenom om dessa är nödvändiga. I de fall också läkemedelsförskrivningar ska rymmas inom en given ekonomisk ram synes ordinationerna minska – på gott och ont.

I den centraliserade modellen kan kostnader för drift, investeringar, transaktioner och marknadsföring beskrivas som relativt måttliga. De väntas vara högre i den decentraliserade modellen och ännu högre i den "atomiserade". Kvalitetskontroll väntas få ökat intresse ju längre man kommer från den centraliserade modellen. Kvalitet kan utgöra ett väsentligt "försäljningsargument". En av kvalitetsaspekterna gäller respekten för patientens tid.

Den centraliserade modellen har i åtskilliga fall tenderat att ge större vikt åt personalens än åt patienternas intressen. Den decentraliserade och den "atomiserade" modellen kan komma att vända på det förhållandet. Den "informella makten" kan dock i samtliga tre modeller väntas ligga hos läkargruppen, till följd av yrkets och arbetsuppgifternas karaktär.

Länge har folk kunnat gå sjukskrivna för stora belopp och försämrats till sin hälsa för att de måste vänta på att komma i åtnjutande av vård. Sjukvården synes ha beaktat endast sina egna kostnader, inte samhällets i stort. En modell som beaktar både sjukvårdens kostnader och kostnaderna för ersättning vid sjukskrivning innebär en fördel.

Behovet av samsyn finns också när det gäller socialtjänst och sjukvård. Klinisk behandling och social omvårdnad bör inte ses isolerade från varandra.

Inlevelse på ackord?

Finns mänskliga aktiviteter där konkurrens kan vara skadlig? – Omsorgen om barn kan vara ett sådant exempel.

Barnen måste utvecklas i sin egen takt utan tuff tävlan. De känner genast varje outtalad avsikt, varje prestationskrav och slår bakut. Konkurrens är problematisk när det gäller andra bräckliga i samhället: de

äldsta, de för tidigt födda, missbrukarna, de mentalt sjuka, de förvirrade. De är inte bra på att välja själva. Att vårda och värna dem kräver många människors tålmodiga arbete. De som ska ta hand om livets mest behövande måste ha ett mått av tålmod. De måste ha tid, ork och förmåga att se nästan omärkbara framsteg. Det handlar om förtrogenhetskunskap och empati, om att exempelvis kunna vända en värkande kropp i sängen med minsta möjliga smärta.²⁰

Med hårdkokt konkurrens riskerar man att skapa vård där grupper av anställda ska tävla utåt. De ska bjuda bra priser. Varför blöjträna den minnesförsvaga, inkontinente åldringen när man snabbt och enkelt kan sätta kateter? Varför mata när man kan sätta sond? Varför låta den gamla dö värdigt när man kan suga ut guld ur henne genom att hålla henne som "levande död" i vårdsystemet år efter år? Varför ge psykoterapi och samtal när man kan skriva ut bensodiazepiner?

Men människovärdet? Humaniteten? Omsorgen om andras väl? Allt som går fort är visst inte effektivt. Den som älskar snabbast älskar inte nödvändigtvis bäst. Marknadskonkurrensens villkor måste studeras noga innan de upphöjs till "allmän lag".

Ekonomi och moral

Den mänskliga tillvaron är upphängd mellan två poler: ekonomin och moralen. Ekonomin markerar gränsen för de tillgängliga resurserna. Moralerna ska styra till de goda besluten.

Ekonomin är till sin djupaste natur moralisk, menar Adler-Karlsson.²¹ Ekonomin kan också vara djupt omoralisk, som om den går ut på att tillskansa sig andras egendom. Moralerna kan ha sedlig halt. Som att göra mot andra det man vill att de ska göra mot en själv (Matt. 7:12). Kan moralerna också vara djupt omoraliska? Den franske 1800-talsfilosofen Désiré Nisard försökte kartlägga "de bägge moralerna", den för de enskilda och den för de styrande. För en enskild är ett val moraliskt om det inte strider mot hans samvete. För en offentlig representant räcker inte detta. Hänsyn måste tas till krav och synpunkter som kommer utifrån eftersom besluten fattas på andras vägnar. I båda fallen blir moralerna intressanta när beslutsfattare måste välja och valet inte är självklart.

Den offentliga beslutsfattaren har i sin roll mildare ekonomiska restriktioner än den enskilde kan ha. Han behöver inte riskera att själv betala konsekvenserna annat än till en liten del för de beslut han fattar. "Fria lunchklubben" kan vara en illustration.

Tio personer kommer överens om att äta lunch tillsammans och dela kostnaden lika. Svensson väljer mellan oxfilet för 200 och grönsakstallrik för 50 kronor. Av mellanskillnaden, 150 kronor, behöver han själv bara betala 15 kronor. En ytterligare fråga är *när* betalning ska ske. Genom att skriva ut räkningen på kommande generationer kan man själv smita från notan: Låt dem som inte ha rösträtt, barnen och de ofödda, få betalningsbetyrhet i sinom tid.

Följden av 80-talets bluffekonomi blev, menar juridikprofessorn Anna Christensen,²² att "i dag kan ingen försörja sig själv". Bankdirektörerna bör exempelvis betrakta sig som offentligförsörjda. Se kapitel 16, "Paradigmskifte i välfärdspolitiken?"

På dem som arbetar i offentlig tjänst ställs av olika skäl betydande krav på rationaliseringar. Anspråk finns på nya kunskaper, omställning till andra arbetsuppgifter, flexibilitet och anpassning. Men det finns en gräns för möjligheterna till rationalisering när det gäller service. Begränsningarna kan illustreras av "symfonisyndromet".

Beethovens nionde symfoni kräver lika mycket folk för att uppföras i dag som för 150 år sedan. Det går inte att rationalisera genom att spela dubbelt så fort utan att något väsentligt går förlorat.²³ Tjänster tenderar att över tiden bli väsentligt dyrare än industriprodukter. Antag att en reservoarpenna och en hårklippning vid en given tidpunkt kostar lika mycket. Antag vidare att båda bara tillverkas med arbetskraft och att vi har en två-procentig årlig lönehöjning samt en två-procentig årlig stegring av produktiviteten i pennbranschen medan motsvarande produktionsökning inte gäller hårklippningar. Då kommer en klippning att efter 100 år kosta sju gånger mer än en reservoarpenna.

Det skulle vara felaktigt att ta "symfonisyndromet" som intäkt för att rationaliseringar är omöjliga i sjukvården. Övergång till dagkirurgi för operationer som tidigare krävde inläggning är exempel på rationalisering.²⁴ Bättre planering möjliggör kortare omställningstid mellan två operationer och därmed ökad effektivitet. Till stor del handlar det om attityder, förhållningssätt. Talrika anekdoter pekar på incitamentens betydelse: läkaren som har 12 patienter om dagen på den landstingsdrivna, fastlöneersatta mottagningen kan ta 20 patienter mellan 18 och 20 i bostadens kvällsmottagning.

"Tummen i ögat på entreprenörerna"

I vilken mån är privata entreprenader "lösningen" på vårdens problem? I en artikel säger journalisten Thomas Nordegren²⁵ att "i dag romantiseras privatisering och privata entreprenader som en enkel lösning för att höja kvalitet samtidigt som man sänker kostnaderna för kommunerna. Men så enkelt fungerar det bara i den enfaldigaste propagandan. Om inte invånarna ställer krav på politikerna att bibehålla kvaliteten i verksamheten kan privata entreprenader leda till förslumning. Det är den demokratiska insynen som är det väsentliga – kommunala trädgårdsmästare kan vara lata och ineffektiva precis som entreprenörerna. Sker ingen uppföljning och kontroll från kommunernas sida blir det ingen beskärning av rosor, plantering av lökar och gödning av buskar. Eftersom tulpanerna inte kommer upp förrän nästa budgetår och ett misskött träd dör långsamt är det lätt att fuska."

Nordegren anser att resonemanget kan överföras från trädgården till många andra verksamheter. Han menar att det inte à priori är fel att exempelvis låta en duktig entreprenör driva daghem eller bibliotek. "Men kommunernas ovana vid detta gör risken för att de luras stor. I den nu gängse politiska pro-

pagandan skildras alla kommunaltjänstemän som onödiga byråkrater. I själva verket kräver entreprenadsystemet mäktigare, hårda, omutliga och kunniga inspektörer som sätter tummen i ögat på entreprenörerna. Hela detta tänkande strider mot den vänliga svenska samförståndsandan, men det är en nödvändig och ofta förbisedd konsekvens av privatiseringen. Utan en stark kontrollmakt urartar privatiseringen lätt till rovdrift,” skriver Nordegren. Det finns risk, menar han, att de privata entreprenörerna lurar skjortan av oss alla.

De samhälleliga systemen kan vara en förutsättning för människors hälsa och välbefinnande. Men de får inte göras till reservat, hägnade mot varje kritisk analys av verkningsgraden.

”Skumma grädden av marknaden”

Risken finns att vinstinriktade företag väljer ut patienter som är enkla och givande. Privata City-akuten i storstäderna är exempel på en produktiv, lönsam och i många avseenden värdefull verksamhet som förutsätter snabb expedition. Det är inte fråga om att sitta och lyssna till gamla tanter problem med sveda och värk och bränningskänslor och klåda och inkontinens och ensamhet. Vad det handlar om är snarare det snabba penicillinreceptet mot – vem vet – den självbotande snuvan. Injektionsskjutet. Sjukskrivningen...

”Stjärnor” och ”hundar”

Från USA presenteras²⁶ en klassifikation av hälso- och sjukvårdens verksamheter i fyra grupper. *Stjärnorna* har hög expansionspotential och hög vinstpotential. Dit hör laboratorieverksamhet och röntgendiagnostik. *Mjölkkossorna* har låg expansionspotential och relativt hög potential för täckningsbidrag till fasta kostnader. Dit räknas exempelvis allmätkirurgi. *Vildkattorna* har hög expansionspotential, men de ger liten vinst på grund av att det är lätt att etablera sådan verksamhet: hospice, sjukhem, missbruksvård. Den vården kräver kunskap med måttlig grad av komplexitet och begränsade investeringar. *Hundarna* har låg expansionspotential och låg vinstpotential. Dit hör förlossningsvård och barnsjukvård. Man kan befara att sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete också hör till den här kategorin, att de verksamheterna hamnar i underläge vid tuff marknadsstyrning. Samtidigt är tvärsektionellt befolkningsinriktat hälsoarbete utomordentligt viktigt ur långsiktigt samhällsperspektiv. Se tabell 13:7.

Risk för medikalisering

Marknadsorienteringen kan skapa en ”doktor Knock-effekt”, för att använda Harley Granville-Barkers term från en berömd teaterpjäs. En indikationsglidning kan ske där triviala symptom medikaliseras i syfte att nå högre volym och större vinst i verksamheten. Riskkalkylen kan också bli annorlunda när vinstmotiv finns med i bilden. En förtroenderubbning kan uppstå med större behov av ”second opinion”. Överdriven marknadsföring kan ske av teknik som är otillräckligt prövad.

Tabell 13:7. "Stjärnor" och "hundar"

		<i>Expansionspotential</i>	
		Hög	Låg
<i>Potential för täckningsbidrag till fasta kostnader</i>	Hög	"Stjärnorna", t ex röntgen och lab	"Mjölkkossorna", t ex allmänkirurgi och internmedicin
	Låg	"Vildkattorna", t ex hemsjukvård, missbruksvård och hospicevård	"Hundarna", t ex förlossningsvård, barnsjukvård och sjukdomsförebyggande

Det mest väsentliga när det gäller att hantera det stora flertalet hälsoproblem är egenvården. Om folk slutar att känna tillit till sig själva och till kroppens signaler kan varje sjukvårdssystem braka samman. Tuff marknadsföring av sjukvård kan riskera att minska folks självförtroende så att de börjar att söka för allehanda småkrämpor. Det skulle innebära misshushållning med resurser.

Klinikchefen och ledningsansvaret

Det finns en strävan i nordisk sjukvård att alltmer skapa "självständiga kliniker" där klinikledningen får eget ansvar för exempelvis rekrytering, personalvård, arbetsmiljö, resultat och ekonomi. En fråga värd att ställa är om "den självständiga kliniken" riskerar att förvandla klinikchefen till en isolationistisk småkrämare, en de ekonomiska trivialiteternas debiterande och krediterande bokhållare med efter hand alltmer myntskavda händer. En ledare som i många fall saknar kvalificerad ledarutbildning. En som kanske finner större fröjd i plinget från klinikassakistan än i lyssnandet på hjärtarytmierna.

Välfärdssystem i förändring

Välfärdssystemen i folkhemmet ger värdefull materiell trygghet men har fört med sig sin egen åksjuka: anonymitet, överkonsumtion, ansvarslöshet och kostnadsökning. I stora verksamheter går det lätt att utan eget ansvar hänvisa till någon annan. I olyckliga fall blir människan ett medel för systemet. Det är en viktig ledaruppgift att bidra till att förhindra eller förändra en sådan utveckling.

I dag propageras från många håll den rena ekonomismens och marknadsfundamentalismens evangelium, menar Lars Ingelstam i *Farväl till ekonomismen och andra politiska betraktelser*.²⁷ Frälsning genom marknad, marknad och åter marknad är att sätta medlen före målet, menar han. Vi riskerar att gå mot medlens diktatur. Ett samhälle där vi drivs att ständigt och ohämmat överträffa varandra i stället för att uppmuntra och skänka livsmod. Den devota hyllningskören till marknaden blundar för att "den som är mycket stark måste vara mycket snäll". De lukrativa etikkurserna är ett tecken på att något

Tabell 13:8 Marknadsmodellen – positivt och negativt

Positivt	Negativt
Köpa-sälj-modellen "skrämmar upp" – eller stimulerar – folk så att de börjar arbeta rationellare och mer ansvarsmedvetet. ²⁸	Sjukvården arbetar på en "högre nivå" än vanlig marknadsekonomi. "Patienternas behov" ska vara det överordnade. Detta kan glömmas bort.
Effektivitetsvinster genom stimulans till "intraprenader": ekonomiska överväganden och tävlan.	Samvetslösa vårdföretagare kan av vinstskäl "fånga folk" i onödig vård. Patienten är oftast ingen vanlig "kund" som själv kan välja, betalar vanligen inte själv och vet inte om det som görs är "prisvärt".
Anbudsförfarande ger erfarenhetsmässigt besparingar, bl a inom städ och kök.	I den nordiska kulturen finns ingen egentlig konsumtionsinformation, ingen "Guide Michelin" för patienterna.
Administrativa uppgifter kan omprövas genom anbud från flera håll.	Vinstinriktade företag kan "skumma grädden av marknaden" och lämna "Askunge-aktiviteterna" till "fattiga kusinen från landet", den offentligt drivna vården. ³¹
Större engagemang och entusiasm bland personalen.	Dåliga erfarenheter rapporteras från USA: ³² marknadsstyrning kan ge dyrare i stället för billigare vård.
Ökad möjlighet till "kreativa försök". ²⁹	Risk för "feodalism": oetisk favoritism och oansvarig personalpolitik.
Möjlighet att direkt belöna den extra insatsen eller det goda resultatet.	Hög debitering för exempelvis telefonrådgivning och besök kan vidga de ekonomiska klyftorna.
Större intresse för kvalitet, större respekt för patientens tid och bättre individanpassning.	Interndebitering av bl a godtyckligt prissatta hyror och administrativa kostnader kan ge det offentliga konkurrenssnackdelar.
Mindre "slakhet" i systemet genom "utbuntning" av onödiga komponenter och "ombuntning" till attraktiva erbjudanden. ³⁰	Väsentligt högre administrativa kostnader (i USA 19,3–24,1 procent, i Kanada bara 8,4–11,1 procent). ³³
Politikerna tror sig slippa fatta obehagliga beslut (om verksamhetsnedläggning och besparing) när "marknadens osynliga hand" ska klara av det svåra.	
Mindre "administrativt förtryck".	

väsentligt fattas. Det handlar om hederlighet, rättfärdighet och omtanke som bas för gemenskapen.

Ökat marknadstänkande i sjukvården innebär möjligheter men också risker för negativa effekter. Tabell 13:8 sammanfattar några antaganden.

En av de politiska ambitionerna innebär att samhället bara ska driva sådan verksamhet i egen regi som gäller s k kollektiv behovstillfredsställelse – hindra smittsamma sjukdomar från att spridas samt upprätthålla yttre och inre ord-

ning. Om fältet i övrigt lämnas fritt för konkurrens och "kaosets upplivande dynamik" kommer marknadens "osynliga hand" att svara för en spontan ordning som ersättning för det kapsejsade planeringsförnuftet, menar marknadstänkandets förespråkare. Den stora delen av sjukvårdens drift skulle således kunna privatiseras under förutsättning att grundläggande etiska krav tillgodoses.

I vems eller vilkas intresse lanseras marknadstänkandet? Positiva effekter kan finnas när det gäller patienternas valfrihet. Också när det gäller att bryta vanetänkande och låsningar. Nyttänkande behöver stimuleras. Men är det patienternas och samhällets bästa som står i förgrunden? Eller är motiven grumligare och mer sammansatta: "Släpp marknaden loss, *den* är vår..."

Diskutera

1. Vilka faktorer ligger bakom det ökande intresset för marknadsstyrning inom sjukvården? Vilka fördelar ser Du? Vilka nackdelar?
2. Varför skiljer sig verklighet från ideal när det gäller marknad såväl som plan?
3. Varför är decentralisering ett så aktuellt begrepp?
4. Redogör för några slag av decentralisering, dess fördelar och nackdelar.
5. Perioder av decentralisering brukar växla med perioder då centraliseringens betydelse lyfts fram. Varför?
6. En åsikt om modesvängningarna i sjukvårdens organisation är följande:
"Troligen är landstinget överbefolkat av administratörer som måste sysselsättas med att kontinuerligt driva olika projekt för styrning och ledning av verksamheten. Med jämna mellanrum måste man då byta modell. För att få ha sitt jobb kvar som toppbyråkrat/'planerare' gäller det att följa de politiska trenderna ungefär i treårsperioder."^{34, s 5}
Ge Dina kommentarer!
7. Tre principiellt skilda modeller är den centraliserade, den decentraliserade och den "atomiserade". Diskutera förväntade effekter för var och en av dessa.
8. Ett system med entreprenörer av service kräver hårda, omutliga och kunniga inspektörer för att inte urarta till rovdrift. Det är något som strider mot den rådande vänliga samförståndsandan. Diskutera inspektörsrollen i ett entreprenadssystem.
9. Hur stor är risken att vinstinriktade företag "skummar grädden" av vårdmarknaden?
10. "Stjärnor", "mjölkossor", "vildkattor" och "hundar" är begrepp som karakteriserar verksamheter med olika grad av expansionsmöjligheter och vinstpotential. Vilka slutsatser vill Du dra inför framtiden?
11. På vilket sätt förändras ledningens uppgifter i samband med ökad marknadsinriktning?

Litteratur

- ¹ Järnebeck, G. och Laxhed, I., *Den svenska hälso- och sjukvården*, Stockholm: Riksdagens revisorer, rapport 1990/91:4, 1991.
- ² Hernes, G., *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon*, Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
- ³ Arvedson, L., Hägg, I. och Rydén, B., *Land i olag. Samhällsorganisation under omprövning*, Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, 1983.
- ⁴ Eide, M. och Hernes G., *Død og pine. Om massemedia og helsepolitikk*, Oslo: FAFO, 1987.
- ⁵ Etzioni, A., *The active society. A theory of*

- societal and political processes*, London: Collier – Macmillan, 1968.
- ⁶ Lindblom, C.E., "The Science of muddling through", *Public Administration Review*, 1959;19:79-88.
 - ⁷ *Working for patients. Health service caring for the 1990's*, Presented to Parliament by the Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland by command of Her Majesty, London: HMSO, 1989.
 - ⁸ Culyer, A.J., Health care and health care finance in Sweden: The crisis that never was; the tensions that ever will be. Summary of an international review of the Swedish health care system. Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, Occasional Paper Nr 33, 1991. Se även Culyer, A.J., Evans, R.G., Graf von der Schulenburg, J.-M., van de Ven, W.P.M.M. och Weisbrod, B.A., *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, Stockholm: SNS förlag, 1992.
 - ⁹ Wallenberg, J., *Decentralisering, ledarskap, medbestämmande. Om sjukvårdens förnyelse*, Lund: Studentlitteratur, 1991.
 - ¹⁰ Sloan, Jr A.P., *My years with General Motors*, Garden City: Doubleday, 1964.
 - ¹¹ Bladh, A., *Decentraliserad förvaltning*, Lund: Studentlitteratur, 1987.
 - ¹² Enthoven, A.C., *Theory and practice of managed competition in health care finance. Professor Dr F de Vries lectures in economics. Theory, institutions, policy*, Amsterdam: North-Holland, 1988.
 - ¹³ *90-talsprogrammet. En debattbok om arbetarrörelsens viktigaste frågor under 90-talet*, Stockholm: Tidens förlag, 1989.
 - ¹⁴ *Vägval. Hälso och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden*, Stockholm: Landstingsförbundet, 1991.
 - ¹⁵ Otter, C. von, och Saltman, R., *Valfrihet som styrmedel. Fem artiklar om den offentliga sektorns möjligheter*, Stockholm: Arbetslivscentrum, 1990.
 - ¹⁶ Wetterberg, G., "Viktigast är hur välfärden ska betalas", *Dagens Nyheter*, 9 augusti 1991.
 - ¹⁷ Albinsson-Bruhner, G., "Lycka till med avreglerandet", *Svenska Dagbladet*, 23 november 1991.
 - ¹⁸ Arvidsson G., (red), *Företagsledares recept för sjukvården*, SNS Förlag, 1990.
 - ¹⁹ Tibblin, G., "Bättre sjukvård till lägre kostnad", *Läkartidningen*, 1991;26-27:2362.
 - ²⁰ Stark, A., "Vård tål inte tävlan", *Svenska Dagbladet*, 27 mars 1991.
 - ²¹ Adler-Karlsson, G., *Ett samälle utan moral*, Göteborg: Zindermans, 1979.
 - ²² Christensen, A., "I dag kan ingen försörja sig själv", *Dagens Nyheter*, 29 oktober 1992.
 - ²³ Baumol, W.J. och Oates, W.E., "Kostnadssjukan inom tjänstesektorn och levnadsstandarden", *Enskilda Bankens Kvar-talsskrift*, 1972;2: 42-52.
 - ²⁴ Aas, I.H.M., *Poliklinikker og dagkirurgi*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1991.
 - ²⁵ Nordegren, T., "Tummen i ögat på entreprenörerna", *Dagens Nyheter* 24 september 1990.
 - ²⁶ Kovner, A.R. och Neuhauser, D. (red), *Health services management. Readings and commentary*, fjärde upplagan, Ann Arbor: Health Administration Press, 1990.
 - ²⁷ Ingelstam, L. *Farväl till ekonomismen och andra politiska betraktelser*, Stockholm: Carlsson, 1991.
 - ²⁸ Jersild, P.C., "Sjukvård à la carte", *Dagens Nyheter*, 25 januari 1992.
 - ²⁹ McLachlan, G. och Maynard, A., *The public/private mix for health. The relevance and effects of change*, London: Nuffield, 1982.
 - ³⁰ Edgren, L., *Service management inom svensk hälso- och sjukvård, affärsutveckling och kundorganisation*, Lund Studies in Economics and Management, Institutet för ekonomisk forskning, Lund: Lund Univ. Press, 1991.
 - ³¹ van de Ven, W.P.M.M. och Vliet, R.C.J.A., "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90's", arbetspapper presenterat vid den andra världskongressen om hälsoekonomi, Zürich, september 1990.
 - ³² Higgins, W., "Myths of competitive reforms", *Health Care Management Review*, 1991; 16(1):65-72.
 - ³³ Woolhandler, S. och Himmelstein, D.V., "The deteriorating administrative efficiency of the U.S. health care system", *N Engl J Med*, 1991; 324:1253-1258.
 - ³⁴ Strömberg, H., "Mer administration och mindre sjukvård", *Göteborgs-Posten*, 12 september 1992.

14. Hälsans nya pris

Hälsoekonomins framväxt 244 • Vad är hushållning? 244 • Växande intresse för effektivitet 247
• Sjukvårdens kostnader 248 • Vad är sanning? 255
• Överbetonas det mätbara? 262 • Diskutera 263
• Litteratur 265

Hälsa till livet! Att göra så många som möjligt resursstarkare utan att andra missgynnas är en grundläggande vision för en välfärdsstat. Det förutsätter hushållning med begränsade resurser. Hälsa och ekonomi hänger samman.

Hälsoekonomins framväxt

Under de senaste årtiondena har hälsoekonomin utvecklats till en alltmer uppmärksammas vetenskapsgren. Den studerar förutsättningarna för välfärd, hur samhällets goda förmeras genom hushållning och fördelas i samhället. Syftet är att analysera hur mera hälsa kan skapas inom givna begränsningar. Uppgiften innebär att mäta, värdera och jämföra kostnader och effekter av alternativa åtgärder. I förlängningen handlar det om att tillgodose grundläggande rättvisekrav hos befolkningen.

Vad är hushållning?

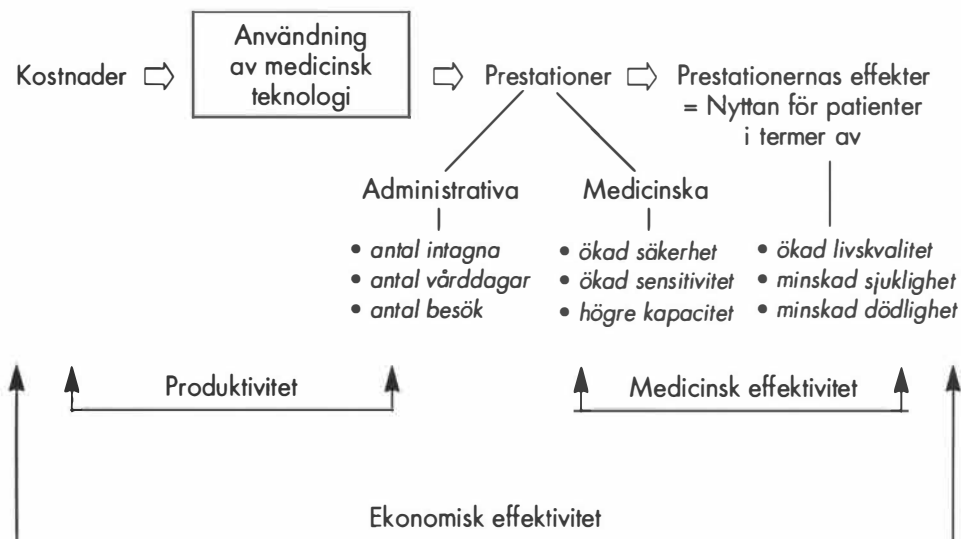
Att vara effektiv, att hushålla med begränsade medel, är att snabbt, ofta eller med måttlig insats nå avsett resultat. Behandling som ändrar en sjukdoms naturliga förlopp till det bättre, är effektiv. Förebyggande som gör att skada eller sjukdom fördröjs eller inte uppstår, är effektivt. Det goda livet förlängs. Livskvaliteten ökar.

Om valet står mellan två metoder som kräver lika mycket resurser, men som leder till olika resultat, är det effektivt att välja den som leder till bättre resultat. Om resultaten är lika men kostnaderna olika, är det effektivt att välja den metod som har lägre kostnad.

Effektivitet och produktivitet används ibland med samma innebörd. Ändå finns en viktig skillnad.¹ *Produktivitet* är relationen mellan mängden resursinsatser och prestationernas volym. Det begreppet används för delmål inom en verksamhet. När antalet arbetstimmar som det tar att byta en höftled minskar, när man således får ut mer av insatserna, ökar produktiviteten. *Effektivitet* har att göra med relationen mellan resursinsatser och målet för verksamheten. Hur mycket bättre fungerar livet för dem som fått en ny höftled? Var ingreppet nödvändigt? Begreppen illustreras i figur 14:1.

I figuren syftar "kostnader" inte bara på verksamhetens drift och investeringar, alltså på sådant som har samband med omedelbara åtgärder i form av diagnostik och behandling, vård och förebyggande. Indirekta kostnader – för

Figur 14:1 Produktivitet samt medicinsk och ekonomisk effektivitet.



Källa: Se not 2.

sjukskrivning, förtidspensionering och för tidig död, alltså produktionsbortfall för samhället – bör tas med i en fullständigare bild. Det finns också kvalitativa uppföringar som inte enkelt låter sig översättas i ekonomiska värden men som ändå bör beaktas. Patientens och de anhörigas tid kan tas som exempel. Motsvarande mätsvårigheter kan gälla "prestationernas effekter": De kan vara mindre smärta, bättre funktion och begränsning av risker för den det gäller och för anhöriga.

"Ekonomisk effektivitet" är ett begrepp som står för förhållandet mellan resursinsatsen och de effekter som denna leder till, bedömt i relation till verksamhetens mål. Sammansatta mått, *indikatorer*, får användas för de storheter som ska jämföras. Sambandet mellan resultat och resurser söker man inom ekonomisk teori beskriva i en så kallad *produktionsfunktion*. Tillskottet av nytta till följd av ytterligare en resursenhet kallas *gränsnytta*. Denna avtar bortom en viss gräns: "den avtagande gränsnyttans lag".

Vid effektivitetsanalys, när två eller flera åtgärder eller program jämförs och evalueras, arbetar man i flera steg:

- 1) Lämna det som är lika i de skilda alternativen därhän.
- 2) Identifiera och beskriv relevanta olikheter i alternativens verkningar och resursanspråk.
- 3) Mät alternativens verkningar och resursanspråk i den mån de går att mäta med rimlig arbetsinsats.
- 4) Värdera de uppmätta olikheternas konsekvenser i penningmått såframt detta är möjligt.

I många fall får man nöja sig med att beskriva olikheter. Det är inte alltid möjligt att värdera olikheterna, inte ens att mäta dem.

Den anglosaxiska litteraturen skiljer mellan fyra slags ekonomiska evalueringar.

Evaluerings som jämför två eller flera handlingsalternativ, och som utgår från att kostnaderna är olika medan effekterna är lika, kallas *cost-minimization*-analys. Den centrala frågan är vilket handlingsalternativ som är billigast.

Evaluerings som jämför två eller flera handlingsalternativ, med hänsyn till att både kostnader och effekter kan vara olika, och där effekterna beskrivs och mäts i ett gemensamt mått (exempelvis vunna levnadsår, inbesparade sjukdagar eller reduktion i uppmätt blodtryck) kallas *cost-effectiveness*-analys.

Evaluerings som jämför två eller flera handlingsalternativ, med hänsyn till både kostnader och effekter och där effekterna inte bara beskrivs och mäts utan också värderas i ett gemensamt penningmått, kallas *cost-benefit*-analys.

Evaluerings som jämför två eller flera handlingsalternativ, med hänsyn till att både kostnader och effekter kan vara olika och där effekterna inte bara beskrivs och mäts utan också värderas i nyttomått, exempelvis i kvalitetsjusterade vunna levnadsår, QUALY, eller i "hälsodagar", kallas *cost-utility*-analys. Denna är en teoretisk önskedröm för hälsoekonomer. Det förefaller snart sagt ogörligt att nå fram till en sådan analys utan en rad förenklande antaganden. Därigenom blir också resultatet snart sagt oanvändbart annat än för pedagogiska syften.

Också *cost-benefit*-analys utgår från antaganden som har svårt att nå "markkänning". Man får nöja sig med *cost-minimization* eller eventuellt *cost-effectiveness*-analys.

I engelskt språkbruk är tre begrepp vanliga. *Efficacy* syftar på den så långt möjligt "objektivt" bedömda, direkt mätbara hälsoeffekten av diagnostik och behandling, rehabilitering och sjukdomsförebyggande. Idealiskt säkerställs den effekten vid upprepade, kontrollerade experiment, gärna enligt positivistisk forskningsmetod. *Efficiency* syftar på förhållandet mellan resultatet och insatsen. Här handlar det om att göra saker rätt. Närmaste svenska uttryck är produktivitet. *Effectiveness* syftar på resultatet av en insats i förhållande till målen för verksamheten. Det handlar om att göra rätt saker och motsvarar närmast det svenska begreppet effektivitet.³

Om man väljer ett sätt att använda resurser avstår man samtidigt från andra sätt. Den egentliga kostnaden är *bästa-alternativ-kostnaden*. Den är värdet av resurserna i bästa möjliga alternativa användning. Med andra ord – alternativkostnaden är det som man måste avstå från när man träffat sitt val. Denna är den "reella" kostnaden.

På en marknad speglas värde i priser. Marknadens efterfrågan ger uttryck för köpvilja och köpförmåga. I planerad ekonomi är förhållandet mer sammansatt.⁴

En välfärdsekonomisk princip säger att om preferenserna i samhället är sådana att ytterligare vård av ena eller andra slaget värderas högre än kostnaderna i form av uppoffrade alternativ, bör vården expandera. Om däremot en

minskning skulle reducera välbefinnandet mindre än med värdet av de frigjorda resurserna, är vårdsektorn alltför stor. Den "riktiga" samhälleliga resursfördelningen är den vid vilken värdet av ytterligare resursinsatser antas vara lika oavsett om de används inom sjukvård eller något annat område.

Liv och hälsa är inga vanliga nyttigheter. De är förutsättningen för en rad andra. Det finns dels ett egenintresse, dels ett altruistiskt intresse bakom den offentligt finansierade vården. Ett egenintresse också i att spridningen av smittsamma sjukdomar begränsas. Det altruistiska intresset grundas på den tillfredsställelse man själv upplever av att se andra friska och befriade från sitt lidande. Men varje den andres tillfredsställelse kan inte godtas som grund för subsidier. Insulin, kanske penicillin men stor försiktighet med vanebildande preparat. Visst finns en paternalism i grunden, en etik, det är inget att tiga med.

När man talar om vårdens alltför snabba kostnadsökning menar man antingen att mer resurser än nödvändigt använts, eller att alltför mycket producerats av tjänster i förhållande till behoven, eller att alltför stora inkomster skapas för dem som tillhandahåller tjänsterna. När man i stället talar om otillfredsställda behov innebär det att verksamhet bör expandera eller ändra inriktning eller att nya aktiviteter bör igångsättas.

Växande intresse för effektivitet

Effektivitet är ett begrepp som får större intresse än tidigare.

Sjukhusstadgan av år 1940 föreskrev att den som är klinikchef ska bemöta de vårdbehövande med vänlighet och människokärlek samt tillhålla den honom underställda personalen att kärleksfullt mot dem uppfylla sina åligganden. I den sjukvårdskungörelse som kom 32 år senare åligger det klinikchefen att svara för att vårdplatser, personal och utrustning utnyttjas effektivt, att personalen noggrant fullgör sina åligganden och att verksamheten bedrivs så ekonomiskt som möjligt.

Kärleksfullt och vänligt eller ekonomiskt och effektivt? Vad har hänt under de tre decennierna och därefter? Varför har begreppen ekonomi och effektivitet fått så central plats?

Statsvetaren Dwight Waldo⁵ menar att intresset i västerlandet för effektivitet kan sättas i samband med bland annat de nazistiska framgångarna under andra världskrigets första år. Tron på demokratin som den överlägsna styrelseformen skakades av vad som hände. Hur kunde det som var så ont bli så framgångsrikt en tid? – Svaret låg i effektiviteten. Om demokratin ska kunna överleva måste den addera effektivitet till ideal som frihet och jämlikhet. Om gott syfte går förlorat till följd av ineffektivitet är bristen på effektivitet "kardinalsynd", men effektivitet kan inte mätas på absolut eller odiskutabelt sätt, bara i mått som utgör andra värden. Saker och ting är mer eller mindre effektiva för givna syften. Effektivitet för ett mål kan betyda ineffektivitet för ett annat.

Begränsade ekonomiska ramar är en realitet i all offentlig verksamhet. Därmed följer också kravet på effektivitet. Det bör sägas att 1940-talets insti-

tutioner troligen inte var mer kärleksfulla än dagens.⁶ Respekten för individen har blivit större.

Ju mer konkret en uppgift är, desto enklare är det att mäta effektiviteten. Svårast, och samtidigt viktigast, är att mäta i sociala termer.⁷

Jämförelsens vikt

Jämförelser är viktiga. De stimulerar frågor och ger incitament till lärande.

Varför var exempelvis på 1980-talet medelvårdtiden vid vissa barnbördshus i Sverige 4,4 dagar, mot 8,2 vid andra? Varför varierade frekvensen kejsarsnitt från 7,5 till 19,2 per 100 förlossningar vid olika sjukhus? Varför utfördes "skrapningar" vid vissa sjukhus till 96 procent i öppen vård, mot bara 6 procent på andra?^{8,9} Varför hade vissa hudkliniker en medelvårdtid om 13,1 dagar, mot 29,4 vid andra?¹⁰ Varför skiljer sig de preoperativa rutinerna så markant från sjukhus till sjukhus?¹¹ Hur kommer det sig att *en* vårdcentral presterar väsentligt mycket mer än en annan under samma tid?¹² Varför är vissa operationer fem gånger vanligare i ett nordiskt land än i ett annat?¹³

Tabell 14:1 visar sjukhusinläggningar för tonsillektomi, gallsten och blindtarmsinflammation i fem länder, så som de redovisas av McPehrson.¹³ Skillnaderna kan bara delvis förklaras av olikheter i sjukdomsfrekvens.

Tabell 14:1 Rapporterade sjukhusinläggningar för operationer, per 100 000 invånare år 1980

	Tonsiller	Gallsten	Blindtarm
Sverige	65	140	168
Danmark	229	21	248
Norge	45	30	64
Storbritannien	26	78	131
USA	205	203	130

Källa: se not 13.

Är det oetiskt att vara ineffektiv? Ja, då förbrukas medel som skulle kunna användas för andra, mer angelägna ändamål. Hur vet vi om något är ineffektivt? Medelvärden är inget rättesnöre, lika litet som minimivärden är det, men jämförelser ger underlag för samtal. Jämförelser är ett av de viktigaste instrument vid överläggningar om förändring som en chef har.

Sjukvårdens kostnader

Hur ska sjukvårdens kostnader analyseras och förstås? Vad är viktigast, vilket betyder mest? I det följande ges exempel på faktorer vilka har samband med

kostnaderna. De grupperas efter sex variabler: omvärlden, behoven, värderingarna, åtgärderna, resurserna och resultaten. Skilda aktörer lyfter med varierande syften fram olika variabler som viktiga. Låt oss se närmare på några illustrationer till mångfalden.

Omvärlden

- Inkomstnivån i samhället bestämmer kostnaderna. Det finns starka samband mellan bruttonationalprodukten (BNP) i ett land och den andel av BNP som går till hälso- och sjukvård. Ju högre BNP i ett land, desto större andel av BNP går till hälso- och sjukvård.^{14,15,16} I utvecklade länder samvarierar kostnadsnivån inte med befolkningens hälsa.

I OECD-länderna har inkomstelasticiteten på nationell nivå under en period varit 1,6.¹⁷ Det innebär att för varje procent som nationalinkomsten ökat har efterfrågan på hälso- och sjukvård stigit med 1,6 procent. För Sverige har den uppmätta inkomstelasticiteten tidigare varit ännu högre: 2,7.¹⁸ Under senare tid finns tecken på att inkomstelasticiteten gått ner. Elasticiteten i vårdkonsumtion per invånare rapporterades vid slutet av 1980-talet vara 1,3 inom OECD-området.¹⁹

- Miljögifterna, den allt hårdare kemiska belastningen i luft, jord och vatten (bly, PCB, dioxin, DDT, aluminium, bensen osv i förening med exempelvis kvicksilver i tandlagningar och i mediciner) har bidragit till att försämra folks hälsa, skapa kronisk trötthet hos många och späda på vårdkonsumtionen.²⁰
- Pris- och lönesystemens utformning bestämmer en stor del av kostnaderna för sjukvård och sjuklighet. Höjning av patientavgifter minskar konsumtionen för kortare eller längre tid. När läkare avlönas per prestation ökar konsumtionen. När läkare betalas per invånare i betjäningsområdet eller vid betalning för ett års service (health maintenance organizations, HMO) tenderar konsumtionen av sjukvård att minska. Avgifterna inom vissa intervall synes dock inte påverka folkhälsan i nämnvärd grad.²¹

Behoven

- Patienternas sjukdomar bestämmer kostnaderna. Mentala störningar svarar exempelvis för ca 20 procent av kostnaderna.^{22,23} Se tabell 14:2.

I totalkostnaderna inkluderas produktionsbortfall i samband med sjukfrånvaro och förtidspensionering. Sjukdomar i muskler och skelett kräver en sjundedel av de totala kostnaderna men mindre än fyra procent av de direkta vårdkostnaderna.

- Närheten till sjukhusen har betydelse för utnyttjandet av vården och därmed för kostnaderna. De som bor nära utnyttjar betydligt mera vård. Sjukhusen är vårdmagneter.^{24,25,26} Inom distributionsekonomin finns ett fenomen, som kallas Reillys lag: attraktiviteten för ett köpcenter avtar vanligen

Tabell 14:2 Sjukdomars kostnader år 1983 i procent

	Direkta vårdkostnader	Totala kostnader
Mentala rubbningar	21,1	17,3
Cirkulationsorgan	12,3	12,3
Yttre våld och förgiftning	9,9	13,2
Tumörer	5,1	6,9
Andningsorgan	5,0	8,2
Muskler och skelett	3,9	14,7
Matsmältningsorgan	3,8	3,6
Övrigt	38,9	23,8
Summa	100	100

Källa: Se not 23.

med kvadraten på avståndet.²⁷ Förhållandet inom sjukvården synes vara likartat.

- Det är åldringarnas andel som bestämmer kostnaderna. Ju högre medelålder i befolkningen desto högre kostnader vid given nationalinkomstnivå.

En studie visar att åldersgruppen 0–14 år svarade för 6,1 procent av sjukvårdskostnaderna; 15–44 år för 19,9 procent; 45–64 år för 17,6 procent, och 65–74 år för 17,3 procent. Åldersgruppen 75 år och äldre, som utgör åtta procent av befolkningen, svarade för 39,1 procent av sjukvårdskostnaderna.²⁸

De ökande vårdkostnaderna under senare årtionden kan bara delvis förklaras med förändrad åldersstruktur i samhället. Om sjukvårdskostnaderna hade förändrats enbart till följd av den ändrade åldersstrukturen skulle de ha ökat med bara 13 procent 1970–85. I själva verket ökade de med 60 procent i fasta priser.²⁸

Kostnadsutvecklingen för vårdsektorn i dess helhet 1970–1979, mätt i fasta priser, kan bara till 16 procent förklaras med förändringar i behovsgruppens storlek. Viktigare är förändringar i servicenivån (17 procent), ökad kostnad per arbetsinsats (23 procent) och att en större arbetsinsats (44 procent) krävts per prestation.²⁹

- Det är människors rädsla, deras ensamhet och tillitsbrist som bestämmer en stor del av kostnaderna. Var tredje person har självmordstankar någon gång.³⁰ Två tredjedelar av kvinnorna och bortåt hälften av männen söker psykiater före 65 års ålder.³¹

Med en grov skattning kan man anta att akutsjukvården lägger beslag på 10 procent av sjukvårdskostnaderna, den livskvalitetshöjande vården (ledbyten, kranskärlsoperationer, ögonlinsoperationer osv) 10 procent, vård av kroniska sjukdomar 30 procent och åtgärder som kan relateras

till patienternas och sjukvårdspersonalens tillitsbrist ("psyko-emotio-socio-somatiska" problem etc) ca 40 procent.

- Brist på förståelse för patientens verkliga förväntningar, känslor och rädslor kan medverka till överförskrivning av läkemedel. Läkemedelsföretagens aktiva marknadsföring finns också med i bilden. I Sverige har föreskrivningen varit liten av generiska preparat, sett i västerländskt perspektiv.
- Alkohol- och drogmissbruk kostar stora summor, kanske 20–25 procent av de sammanlagda sjukvårdskostnaderna.³²
- Människors levnadsvanor kan ligga bakom så mycket som 30–40 procent av faktorer som har samband med för tidig död.³³ Alltför mycket fett i kosten förmodas ha samband med 30 procent av cancerfallen.³⁴
- Tobaksrökningen påverkar sjukvårdskostnaderna. Rökare är mer sjukskrivna, har större risk för att få allergiska barn, större risk för bronkit, lungsjukdom, hjärt- och kärlsjukdom osv.³⁵
- Benskörheten, tevetittandet och bristen på muskelträning kan sättas i samband med de alltmer ökande lårbensbrotten och därtill hörande sjukhusvistelserna för äldre.³⁶
- Vård under sista levnadsåret kräver drygt en fjärdedel av sjukvårdens resurser.³⁷

Värderingarna

- Den bio-mekaniska syn på hälsa och vård som förmedlas till de medicinstuderande driver upp kostnaderna. Det man lärt under utbildningen styr det professionella handlandet. Omtänkande kan kräva generationsskifte.³⁸
- Vår vägran att se döden som en del av livet driver upp kostnaderna. Levnadsmätta åldringar har bundits till en utdragen dödsprocess utan värde och värdighet.³⁹

Åtgärderna

- Sjukhusen bestämmer större delen av sjukvårdskostnaderna. Den slutna vården svarade 1987 för ca 64 procent av kostnaderna.⁴⁰ Se tabell 14.3. I tabellen ingår inte omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. De utgifterna var vid slutet av 1980-talet ungefär lika stora som de samlade läkemedelskostnaderna.
- Provtagningarna och diagnostiken kan svara för ungefär 30 procent av kostnaderna på ett sjukhus, terapi 27 procent, omvårdnad 22 procent och 22 procent för "logistik" eller "sjukhusets hotellfunktion" inklusive administration.⁴¹

Tabell 14:3 Procentuella kostnadsandelar för hälso- och sjukvård i Sverige år 1987

	Sluten vård	Öppen vård	Annat	Summa
<i>Läns- och regionsjukhus</i>				
Akut kroppssjukvård	35	6		41
Långtidssjukvård	9			9
Psykiatrisk vård	9	1		10
Summa	53	7		60
<i>Primärvård</i>				
Allmän	11	13		25
Tandvård		5		5
Läkemedel			8	8
Hjälpmedel etc			2	2
Summa	11	18	10	40

Källor: Se not 23; bearbetade data.

- Det är bristen på kritiskt omdöme och erfarenhet som svarar för en väsentlig del av kostnaderna. 95–99 procent av de prover som tas visar inga överraskande värden. Två tredjedelar av diagnoserna bedöms kunna sättas mot bakgrund av noggrann anamnes.⁴²
- Historien, traditionen, bestämmer kostnaderna. Drygt 96 procent av hälso- och sjukvårdens budget i ett landsting har gått till fortsatt verksamhet för aktiviteter som fanns föregående år.⁴³
- Slentrianen bestämmer kostnaderna. 67 procent av det som allmänläkarna gör skulle lika väl kunna klaras av erfarna distriktssköterskor utan risk för patienterna.⁴⁴
- Risken att råka ut för kritik från hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd eller att fällas av domstol påverkar kostnaderna. Rädslan för att få varning eller erinran kan leda till "defensiv" diagnostik och terapi, dvs sådan som i första hand syftar till att "skydda det egna skinnet".⁴⁵
- Informationshanteringen kring patienternas journal beräknas kräva ungefär 30 procent av personalens tid. Vid stora sjukvårdsenheter görs bedömningen att 15 procent av journalerna inte återfinns när de behövs.⁴⁶
- Det är de onödiga sjukhusinläggningarna, då patienterna passiviseras, hospitaliseras och medikaliseras, som bestämmer en stor del av kostnaderna. En undersökning från Norge visar att utbyggd primärvård inte minskat efterfrågan på sjukhusvård. Men i de fall tonvikt gavs åt hembesök av läkare i primärvården minskade trycket på sjukhusen.⁴⁷ Utbyggd primärvård har visat sig kunna reducera antalet besök på akutmottagningar vid sjukhus med 40 procent och vid poliklinikerna med 16 procent.⁴⁸

Resurserna

- Vad som betyder mest för kostnaderna är lönerna, framför allt för kollektivanställd personal. Löner och lönebikostnader svarar för ca 70 procent av budgeten.

Vid ett regionsjukhus fördelade sig kostnaderna vid början av 1990-talet på följande sätt: personalkostnader 73 procent, avskrivningar och räntor på byggnader och utrustning 9 procent, tekniska produkter 7 procent, sjukvårdsartiklar 5 procent, läkemedel 3 procent, livsmedelsråvaror 1 procent och övrigt 2 procent.

- Kostnaderna beror till stor del på hur många läkare det finns per befolkning. Där det finns gott om läkare (med kirurger som avlönas per prestation) utförs väsentligt fler åtgärder än i andra områden.⁴⁹
- Slående är kostnaden för läkarnas beredskap. För det mesta händer ingenting under jourtid. Men folk ska finnas till hands dag och natt för den händelse något allvarligt skulle inträffa. Personalbemanningen ska täcka inte bara 40 timmar i veckan utan 168 timmar. Det antal läkare och övrig personal som ska finnas under helger styr bemanningen under resten av veckan av schema-tekniska skäl.
- 70 procent eller mer av kostnaderna kan relateras till läkares beslut.⁵⁰ De bestämmer vilka prover som ska utföras, vilka undersökningar som ska göras och vilka mediciner som ska tas. De beslutar hur länge patienterna ska ligga på sjukhus och sjukskrivningarnas längd. Det är också de som skriver intyg som gäller förtidspensionering.
- Kulturmönstret i det geografiska område det gäller är styrande för kostnaderna.

I boken *Medicine and culture* pekar Lynn Payer⁵¹ på den avsaknad av "objektivitet" i många medicinska bedömningar som framkommer vid jämförelser mellan länder. I England krävs att en medicin visat sig vara effektiv för att den ska få förskrivas medan läkare i Frankrike enligt Payer kan skriva ut snart sagt "vad som helst som inte bevisats vara verkningsslöst". I vissa länder kan den rekommenderade dygnsdosen av läkemedel ligga flera gånger högre än i andra. Terapin betraktas genom kulturella prisma, säger hon. Hennes slutsats är att "the choice of diagnoses and treatment is not a science. While scientifically conducted studies can show us that a certain course of action or treatment can result in certain benefits and risks, the weighing of those benefits and risks will always be made on a cultural scale".^{51, s 154}

- Politikerna har betydelse för hälso- och sjukvårdens kostnader. De fattar beslut om att sjukhus och vårdcentraler ska byggas, utrustas och bemannas. De tycker sig ha reellt inflytande framför allt i frågor som gäller ny- och ombyggnad.⁵²

- Industrins medicin-tekniska innovationer, all den nya teknologi som kommer fram, spelar roll för kostnadernas utveckling.^{53,54}
- Brister i inköpskunnande, dåliga inköpsrutiner och i många fall en monopol-ställning för leverantörerna resulterar i onödigt höga kostnader.⁵⁵
- Taktiken i budgetens förhandlingsspel spelar roll för kostnaderna. I många fall är det argumenten som styr – kanske via decibelmetoden – snarare än de reella behoven.^{43, 56}
- Att kostnader för diagnostik och terapi är så okända för dem som fattar beslut, att kostnadsredovisning per diagnos (DRG och för öppna vården APG) inte utförs, analyseras och diskuteras i större utsträckning driver upp kostnaderna.
- Det är ledarskapet som avgör en väsentlig del av kostnaderna. Med en bra chef har effektiviteten rentav kunnat fördubblas på kort tid.⁵⁷
- Det är organisationens struktur som bestämmer kostnaderna. Stelbenta hierarkier lägger en förlamande hand över verksamheten och leder till att resurser används fel. Alltför många beslut fattas på alltför hög nivå, långt från "sanningens ögonblick".⁵⁸
- Organisationens storlek har betydelse för kostnaderna. Stora verksamhetsenheter leder till tung administration och många sammanträden. Entusiasmen och kreativiteten kan avta med organisationens storlek. "Basarbetstiden" har blivit alltför stor. Det blir inte mer utfört om det sitter 30 personer på ett sammanträde än tre. Möten som inte struktureras, fungerar som tidstjuvar.

I en beskrivning av en planerad försöksverksamhet vid ett stort sjukhus sägs: "Tillskapande av nya tjänster medför att en betydande del av tjänsterna åtgår till s k basarbetstid, dvs ronder, samråd med kolleger, konferenser m m. Ur effektivitetssynpunkt vore det i stället att eftersträva, att man flexibelt kunde utnyttja arbetstid utöver schemalagd tid för en flexibel arbetsinsats allt efter väntelist- och belastningssituation."

- Ägandeformen kan spela roll – om verksamheten drivs privat eller offentligt.⁵⁹ Monopol eller fåtalskonkurrens främjar vanligen inte effektiviteten. Sjukhus, vårdcentraler och tandvårdsmottagningar som drivs av det allmänna har inte planerats med tanke på att varje kubikmeter byggnadsvolym innebär kapital- och driftskostnader.
- Kostnaderna för administration har ökat. Vid början av 1990-talet var de i England ca 6 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader, i Kanada 8,4–11,1 procent, i Sverige ca 8 procent och i USA 19,3–24,1 procent.⁶⁰
- Budgetprocessen har drivit upp kostnaderna. Att föra fram säljande argument för att få en fot innanför dörren för ett nytt projekt har ansetts viktigt.

Då kan man längre fram gå vidare med nya anslagsframställningar. Politikerna är ändå mer eller mindre fast. Får man i gång en *massmediakampanj* kan ett projekt vara räddat. Politiker är lyhörda för sådana opinioner.

För att få större resurser till befintlig verksamhet används också *obalansargumentet*. Man har fått personal men inte medicin-teknisk utrustning eller tvärtom. *Modernitetsargumentet* betonar vikten av att tillgodogöra sig teknologiska innovationer och hålla jämna steg med utvecklingen. *Säkerhetsargument* är också tacksamma att ta till, likaså *rättviseargument*. Har andra fått ska vi också ha. Utomstående specialister kan ha gjort *auktoritativa uttalanden*. Förr hände det att *hot* förekom, exempelvis att inte ta ansvar för verksamheten om inte de eller de resurserna beviljades. *Köer, växande efterfrågan* och *påtryckningar* från intresseorganisationer och patientföreningar förekommer också som motiv.

Taktisk prioritering har förekommit: mer angelägna projekt placeras åt sidan. *Koalition*er gör sig gällande: om du stöder mina framställningar stöder jag dina. Nya verksamheter har fått starta "inom ramen för givna resurser". Följande år krävs ett eget anslag. Då är verksamheten i gång utan att den varit med i prioriteringsdiskussionen. De befattningar det gäller har inrättats "på försök". Utvärderingen glöms ofta bort. Görs den av dem som varit med i försöket blir den vanligen positiv för en fortsättning.

Nya metoder har införts utan att frågor ställdes om kostnaderna. Resultatet blir ett budgetöverskridande som politikerna ser sig tvungna att täcka. Det händer också att ett tidigare års budgetöverskridande tas som motiv för att inrätta nya "vita" befattningar. Personalen finns ju redan, "det kostar inget extra". Principbeslut om den långsiktiga utvecklingen fattas utan närmare analys av kostnaderna.⁴³ De som har rollen som "väktare", administratörerna, har stått sig slätt gentemot förkämparna, de entusiastiska eldsjälarna och "hamstrarna".

Resultaten

- Den bristfälliga kvalitetskontrollen, dålig dokumentation av komplikationer, infektioner och vårdframkallade skador spolierar möjligheter till lärande, och bär ansvaret för en väsentlig del av kostnaderna.^{61,62}

"Vad är sanning?"

Kan alla de här uppfattningarna om hälso- och sjukvårdens kostnader ha giltighet på samma gång? Analys av den mångtydiga och föränderliga materia som utgör sjukvårdens kostnader kan ske på åtskilliga sätt. Man kan gå mer eller mindre djupt, arbeta på skilda "förstoringsnivåer", utgå från olika förutsättningar och föreställningsramar. Analysen kan ha skilda syften. Ekonomins redskap låter sig utnyttjas för skilda ändamål. Ekonomi är inte någon "exakt" vetenskap.

En forskare som försökte analysera kostnaderna för alkoholorsakad vård i relation till de samlade sjukvårdsutgifterna sa till slut uppgivet: "Tala om vilket resultat du vill ha, mellan fem och 35 procent, så ska jag ge dig argumenten". Det som framkommer vid ekonomisk analys är i hög grad beroende av de förutsättningar man väljer att utgå från. Samtidigt måste ambitionen vara att få fram en så välgrundad analys som möjligt.

Bedömningssituationer

Ett viktigt syfte för hälsoekonomisk analys är att söka bedöma värdet av en teknologi i jämförelse med en annan. Figur 14:2 anger fyra principiella situationer.

Figur 14:2 Principiella situationer inför val av teknologi

	<i>Sparar resurser</i>	<i>Sparar inte resurser</i>
<i>Förbättrar hälsan</i>	Genomför!	Genomför (eller fortsatt analysen)
<i>Förbättrar inte hälsan</i>	Genomför (eller fortsatt analysen)	Avstå!

Om en teknologi sparar resurser och samtidigt förbättrar folkhälsan bör den införas, om förutsättningarna i övrigt så medger. Om den inte sparar resurser och inte förbättrar hälsan bör man avstå. Fortsatta analyser kan behövas när det gäller teknologi som inte innebär besparing men som förbättrar hälsan, såvida den inte genomförs på befintligt underlag. Motsvarande kan ha tillämpning när det gäller teknologi som innebär hushållning men som inte förbättrar hälsan.

Försök och resultat

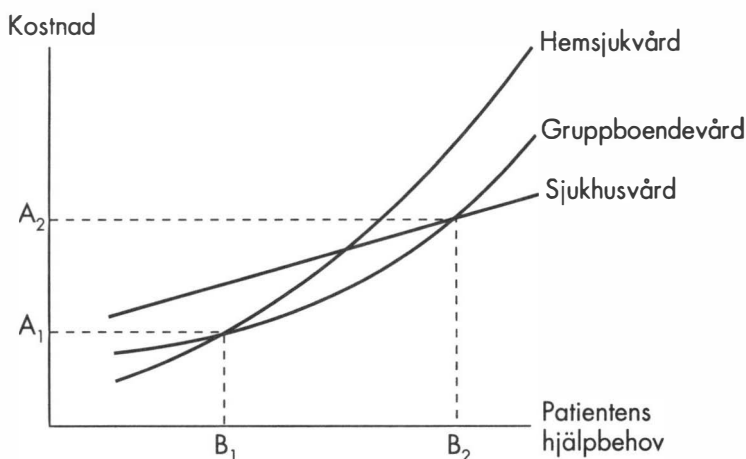
I idealfallet utförs studier där patienter fördelas slumpvis på ett behandlingsprogram (en experimentgrupp) och ett referensprogram (en kontrollgrupp). En studie från USA jämförde patienter 18–62 år vilka sökte hjälp vid Mendota mentalsjukhus.⁶³ I studien fördelades patienter slumpvis på dels ett öppenvårdsprogram med dygnet-runt-vård och tillsyn, dels sjukhusvård. 60 procent hade diagnosen schizofreni. De flesta var kroniker. Patienter med alkoholism och uttalade hjärnskador eller som för egen eller andras säkerhet krävde institutionsvård uteslöts från studien.

Uppgifter om vårdresultat och kostnader insamlades under 14 månader. De direkta behandlingskostnaderna var drygt 50 procent högre vid öppen- och hemsjukvård än vid institutionsvård. Men vårdkostnaden utgjorde bara hälften av samhällets totala sjukdomskostnader för patien-

terna. När också kostnader utanför den direkta vården beaktas visade sig en ekonomisk vinst av måttlig storlek föreligga för öppenvårdsprogrammet. Analysen användes snarare som en metod för strukturering av problem än som belutsunderlag.

Andra studier visar att vård utanför institution kan ges för schizofrenipatienter med gott resultat och till lägre kostnader. Men när det gäller de mest störda patienterna blev vård utanför sjukhus dyrare.^{64,65} Principiella samband illustreras i figur 14:3. Kostnaden för vård och omsorg ökar när en individs hjälpbehov ökar. I figur 14:3 är hemsjukvård billigast fram till beroendegraden B1. Mellan beroendegraderna B1 och B2 är gruppboendevård billigast. Vid högre beroendegrad än B2 är sjukhusvård billigast.

Figur 14:3 Samband mellan kostnader och hjälpbehov



Effekten av DRG, dvs styckprissättning med hänsyn till diagnosgrupp i stället för "löpande räkning", har studerats i USA, där systemet infördes för sjukhus 1983. Patienter kom att sändas hem tidigare i sjukdomsförloppet. Antalet servicetjänster vid exempelvis höftledsfraktur blev färre. Vårdens intensitet har dock ökat. Kvaliteten på sjukhusvården har blivit bättre. Mortaliteten 30 och 180 dagar efter inläggningen visade sig vara lägre eller oförändrad. Användningen av sjukhem har blivit större. Där stannar patienterna i genomsnitt längre än tidigare.⁶⁶

När läkare avlönas enligt det så kallade kapitationssystemet, dvs med ett fast belopp per patient och år i amerikanska "health maintenance"-organisationer, eller när de har fast lön, minskade inläggningarna på sjukhus i jämförelse med när de fick ersättning per vårdtjänst. Läkare som driver egen röntgenverksamhet röntgenundersöker 4–4,5 gånger mer än läkare utan sådana egna ekonomiska intressen. När läkare erbjöds någon form av förmån för ökad remittering till röntgen och laboratorier ökade antalet tester med 24 procent och antalet röntgenundersökningar med 16 procent. Även om diagnostikens

ändamålsenlighet inte ingick i studien aktualiseras frågan om risk för underutnyttjande vid kapitationsersättning och överutnyttjande vid styckprisersättning.

Studier från USA visar att styckprisersatta läkare i sitt arbete utgår från en "målnivå" för sin inkomst. Ändringar i avgifterna leder till att läkare anpassar sitt handlande för att bibehålla inkomstnivån. En tioprocentig minskning i ersättningen per patientbesök resulterade i en 5,5-procentig volymökning. En tioprocentig ökning i ersättningen per patientbesök ledde till en 3,75-procentig volymminskning.⁶⁶

Alla dessa kostnadsbegrepp...

Kostnader uppför sig på mångahanda sätt.⁶⁷ En del är *fasta* i förhållande till verksamhetens volym. Deras totalsumma varken ökar eller minskar; de ligger stilla inom vissa intervall. Kostnaden för ränta och avskrivning av sjukhusbyggnader kan föras till den kategorin, likaså personal som inte kan permitteras. De är *stilleståndskostnader* som existerar vare sig verksamheten är igång eller ej. Särskild karaktär har de driftsbetingade fasta kostnaderna, *tomgångskostnaderna*. De existerar bara när driften är i gång. Uppvärmning av byggnader är exempel. *Halvfasta* kostnader är fasta i förhållande till verksamhetens volym inom ett intervall. När man går över till en annan verksamhetsvolym, exempelvis fördubblar antalet höftledsoperationer, ökar de sprängvis. Anskaffning av teknisk utrustning och personalkostnad för övertid kan vara exempel.

En del kostnader är rörliga i förhållande till verksamhetens volym. De ökar eller minskar kontinuerligt beroende på hur mycket som produceras. Begreppet *marginalkostnad* anger vad det kostar att öka verksamhetens volym med en enhet. Marginalkostnaden skiljer sig vanligen från *genomsnittskostnaden* – den kan vara högre likaväl som lägre.

De *proportionellt rörliga* kostnaderna förändras i direkt relation till verksamhetens volym. De *progressivt rörliga* förändras snabbare och de *degressivt rörliga* förändras långsammare än verksamhetsvolymen.

Direkta kostnader kan i redovisningen föras utan omvägar till ett kostnadsställe. En kliniks löner är exempel. *Indirekta kostnader* påförs via andra kostnadsställen. Exempel är en vårdavdelnings kostnader för laboratorieprover som utförts vid ett centrallaboratorium. Det är en lämplighetsfråga hur långt man vill driva fördelningen av indirekta kostnader. Drivs den mycket långt kostar den mer än den ger i utbyte.

Fasta och rörliga kostnader kan uppdelas i direkta och indirekta. På samma sätt kan direkta och indirekta kostnader uppdelas i fasta och rörliga.

Särkostnader kan direkt härledas till ett objekt – exempelvis särkostnaderna för en avdelning, för en sjukdomsdiagnos eller för en patient. Ibland används begreppet *merkostnader* med samma innebörd. *Samkostnader* kännetecknas av att de är gemensamma för flera objekt.

Historiska kostnader återförs till vad det en gång kostade att anskaffa en tillgång. *Återanskaffningskostnaden* är vad som krävs för att igen anskaffa tillgången. Skillnaden mellan historiska kostnader och återanskaffningskostnader har samband med penningvärdets försämring.

När framtida kostnader diskonteras till nuvärde är en kritisk fråga vilken *räntesats* som ska användas. Ju högre ränta desto fördelaktigare är de positiva effekter som ligger nära i tiden.

Ett problem är att finna en fördelningsgrund som så korrekt som möjligt informerar om resurser som tagits i anspråk. Den reella kostnaden är, som ovan nämnts, *alternativkostnaden*, dvs vad resurserna annars skulle kunna ha använts till, alltså det som man nu går miste om. Den kritiska frågan är vad kostnadsanalysen ska användas till, vilka beslut och vilka handlingar som förändras genom denna, med andra ord vilken nytta den ger.

Att mäta nytta

Hur mäter man då nyttan av en insats, dvs den förändring i sjukdomens "naturalhistoria" som behandlingen leder till? När hälsoekonomin var ny användes *humankapitalsmetoden* för att få en bild av nyttan. Man beräknade minskade behandlingskostnader och inbesparade produktionsförluster för berört antal personer till följd av åtgärderna. Vad som försumrades var insikten att livskvalitet och positivt mänskligt liv har ett värde i sig. Vård har värde inte enbart för den grupp som har ett jobb på arbetsmarknaden. Inte heller begränsas de positiva effekterna nödvändigtvis enbart till den vårdade. Där finns också anhöriga och vänner. En del åtgärder, särskilt sådana som gäller förebyggande, har ingen omedelbar effekt på personens hälsa men kan ha betydelse på sikt. Att få vetskap om huruvida hälsotillståndet är kan också ha ett "inre" värde som är svårt att mäta.

Under senare tid har intresset ökat för att studera hälsoeffekter i form av minskad dödlighet och sjuklighet, ändrad hälsostatus eller vunna, kvalitetsjusterade levnadsår (QUALY).⁶⁸ *Willingness to pay*-metoden ställer frågan vilket pris konsumenterna skulle vara villiga att betala för att uppnå en viss hälsoeffekt. Eftersom det i en kultur som vår inte råder någon reell marknadssituation kan mätningarna bara utföras genom artificiella testsituationer. Eventuellt kan någon form av försäkringskalkyl användas.^{69,70} Trafiksäkerhetsverkets bedömningar av värdet av ett vunnet människoliv eller av en icke inträffad skada har diskuterats som en möjlig utgångspunkt.

Ekonomiska analyser av effekt och nytta innebär bedömningar som innehåller osäkerhet, spekulativa frågeställningar och sannolikhetsbedömningar. Ju tydligare de antaganden som ligger bakom kan göras desto bättre. Därigenom skapas möjlighet för känslighetsanalys då man söker studera hur utfallet påverkas av marginella förändringar i insatser. Att det finns stora problem när det gäller mätningarnas träffsäkerhet och därmed resultatens tillförlitlighet måste än en gång påpekas.

Kostnader och organisation

Att operera in en ny höftled är ett ortoped-kirurgiskt ingrepp som gett många personer med artros och artrit bättre livskvalitet. Ett problem är att infektioner ibland uppträder. De patienter som drabbas remitteras i många fall till infektionsklinik. Antag att de vårdas under i genomsnitt en månad. För att förebygga infektioner kan man ge varje patient som opereras antibiotika. Man

kan också genomföra operationerna i en renluftsbox, vilket innebär färre bakterier i luften kring operationsområdet. De båda åtgärderna kan kombineras.

Låt oss anta att vid kliniken för ortopedisk kirurgi i Storby drabbas i genomsnitt tre procent av patienterna av infektioner, med viss variation mellan operatörerna. Uppskattningar tyder på att antibiotikaproylax skulle kunna minska infektionerna till två procent för en merkostnad av 500 kronor per patient. Operation i renluftsbox väntas kunna minska infektionerna till 1,5 procent för en merkostnad av 1 500 kronor per patient. Om antibiotika och renluftsbox kombineras beräknas infektionsfrekvensen bli 1,2 procent och merkostnaden 2 000 kronor per opererad patient. Besparingarna på infektionskliniken är, under förutsättning att de kan förverkligas, i genomsnitt per opererad patient:

- vid antibiotikaproylax för alla: 1 000 kronor
- vid operation i box för alla: 1 500 kronor
- vid både antibiotika och box för alla: 1 800 kronor.

De ökade kostnaderna uppstår inom kliniken för ortopedisk kirurgi. Kostnadsbesparingarna väntas uppstå inom infektionskliniken. Ortopedklinikchefen vill använda bästa möjliga teknik men riskerar ett budgetöverskridande om både antibiotika och box introduceras. Klinikchefen vid infektion är tveksam till möjligheten att minska kostnaderna nämnvärt inom sin klinik. Om en vårdplats skulle stå tom under ett år är det i stort sett bara läkemedelskostnader som sparas.

Totalt utförs 400 totala höftledsoperationer vid kliniken under ett år. Vilka ekonomiska överväganden kan göras?

Med klinikens aktuella infektionsfrekvens, 3 procent, drabbas 12 patienter av infektion under ett år. Med en infektionsfrekvens av 1,2 procent skulle bara fem patienter drabbas, en minskning med sju. Ortopedklinikens befarade budgetöverskridande under ett år om båda åtgärderna vidtas beräknas till 800 000 kronor.

För sjukhuset som helhet skulle den sammanlagda besparingen till följd av de förebyggande åtgärderna bli 80 000 kronor per år, under förutsättning att infektionskliniken kan realisera besparingarna på $400 \times 1\,800$ kr, dvs: 720 000 kr.

Vid ett sammanträde med företrädare för skilda enheter inom sjukhuset pekar ortopedklinikens chef på möjliga besparingar på samhällsnivå och på vinster för den enskilda patienten. Hygienläkaren vid sjukhuset säger att olikheterna i infektionsfrekvens mellan operatörerna inom ortopedisk kirurgi indikerar möjligheter till minskning, kanske genom bättre personlig hygien, kanske också genom bättre tvättning av patienten och genom systematisk uppföljning. Från fackligt håll är man skeptisk till att studera hur infektionerna varierar med operatörerna.

Oklarheten när det gäller möjligheten att "ta hem" några besparingar vid infektionskliniken, som har sin egen budget med självständigt ekonomiskt ansvar, gör att ärendet skjuts på framtiden, såvida inte ortopedkliniken kan företa omdispositioner inom sin budget för att ge utrymme åt antibiotikaproylax och operationsbox.

Kollektiv och individuell behovstillfredsställelse

Det offentliga – stat och landsting, primärkommuner och försäkringskassa – har tillkommit för att lösa gemensamma uppgifter och skapa ”nytta” för medborgarna. Uppgifternas vikt utgör grunden för det offentligas karaktär av tvångssammanslutningar, vilka upptar tvångsbidrag från medlemmarna.

Verksamheten kommer åtskilliga av samhällsmedlemmarna till godo, vare sig de betalar för den eller ej. En gränskarantän mot smittsamma sjukdomar är det klassiska exemplet. Smittskyddet kan inte begränsas till dem som är villiga att betala för det. Gränskarantänen är en form av *kollektiv* behovstillfredsställelse. Men hälso- och sjukvården har bara till en mindre del den karaktären. I hög grad handlar det om *individuell* eller *enskild* behovstillfredsställelse. Från att längre tillbaka ha haft sin grund i det kristna kärleksbudet och organiserats av kyrkan har vården i vår tid utvecklats till en självskriven del av samhällets solidaritet.

Statens och försäkringskassans bidrag till hälso- och sjukvården motsvarar i Sverige vid 1990-talets början ca 20 procent av kostnaden. Det är en liten andel i nordiskt perspektiv. Landstingens proportionella inkomstskatt svarar för ca två tredjedelar av kostnaden. Patienternas egna avgifter vid vårdtillfället bidrar med ca tre procent. Det är troligt att den andelen kommer att öka.¹⁸

Vad motiverar den solidariska skattefinansieringen? Ett motiv är den så kallade *optionsefterfrågan*.⁷¹ Att inneha en option innebär en rätt att någon gång i framtiden uppträda som köpare. Även för kärnfriska människor har förekomsten av sjukvård ett optionsvärde, för vilket de är beredda att betala ett pris. När man skattevägen bidrar till finansieringen av sjukvård är detta åtminstone delvis en metod att materialisera optionsefterfrågan. Vi betalar för att sjukhusen ska finnas om vi händelsevis skulle komma att behöva dem. En optionsefterfrågan behöver aldrig bli materialiserad i form av besök eller inläggning på sjukhus för att ha värde. Välfärdspolitik, offentligt finansierad sjukvård, hör hemma också i ett samhälle som väsentligen styrs av marknadsekonomiska värderingar.

Studier från USA^{18,21} visar att nollpris ökade efterfrågan på sjukhusvård med 45 procent i jämförelse med nästan fullt pris. För den öppna vården var motsvarande ökning 67 procent. Men i en välfärdskultur som vår är fullpris inte aktuellt. Någon form av solidarisk finansiering måste till, antingen genom skatter eller försäkring. Inget försäkringsbolag som strävar efter vinst eller kostnadstäckning vill försäkra dem som är sjuka, handikappade eller högriskfall.

Den praktiska frågan är hur optionsefterfrågan ska värderas. Hur ska för det första politikerna hindras från att missbruka ”optionsteorin” till offentligt slöseri? Hur ska för det andra vårdleverantörerna och de professionella grupperna hindras från att utnyttja sitt informationsövertag och sitt kunskapsmonopol? Och hur ska för det tredje konsumenterna hindras från att överkonsumera?

Överbetonas det mätbara?

Effektivitet har blivit honnörsord. Även om det ytligt förefaller neutralt är det inte problemfritt i sin tillämpning.⁷² Vill det sig illa kan effektivitetsambitionen bli problemet snarare än lösningen. Varför? Därför att effektivitetsbegreppet ställer det mätbara i fokus: den nytta som kan värderas, de kostnader som kan observeras. Riktas uppmärksamheten mot effektivitet inriktar man sig samtidigt mot det mätbara. Avarten blir *kalkylkult*. Det gäller också att se upp för andra fallgropar: modefällan, självkostnadsfällan och styckkostnadsfällan.

Modefällan: Risken att överbetona begrepp och lösningsmodeller som är moderna för ögonblicket. Programbudgetering och långsiktsplanering på 1960-talet, rambudgetering och blockorganisation på 1970-talet, målstyrning och basenheter på 1980-talet, internprissättning och "köpa-sälj" på 1990-talet. Har det handlat om administratörers strävan efter att skapa arbetsuppgifter eller om politikers försök att slippa undan svåra ekonomiska beslut? I stället behöver de reella problemen tas upp till analys.

Självkostnadsfällan: "Prissättning till varje pris." Grundtanken är att om "fria nyttigheter" (lokaler, provtagningar etc) prissätts, så kommer det onödiga utnyttjandet att minska. I viss mån är antagandet riktigt. När kliniker och avdelningar började belastas med "hyreskostnader" avtog ropen på stora ytor och nya lokaler. Å andra sidan har landstingens fastighetsbolag i många fall debiterat fantasihyror i syfte att visa lönsamhet för sin verksamhet. I realiteten har befintliga lokaler i stort sett saknat alternativ användning. Debiteringsambitionen skapade artificiella administrativa arbetsuppgifter.

Enligt ekonomisk teori bör "bidraget till verksamhetens mål" vara lika stort på marginalen oavsett i vilken verksamhetsgren resurserna används. Då blir frågan aktuell hur prissystemet ska utformas. Men det finns ingen bästa lösning som kan tillämpas i varje situation. Varje prissättningssystem har avsedda och icke avsedda effekter; båda kan vara positiva respektive negativa ur helhetens synvinkel.

När en röntgenklinik vid ett sjukhus debiteras en "självkostnadshyra" om 5 000–6 000 kr per kvadratmeter för lokaler utan alternativ användning kan detta leda till att sjukhusets egen verksamhet blir så dyr att tjänsterna köps in från annat håll. Samtidigt skulle de egna lokalerna stå oanvända och personalen vara undersysselsatt. Viktigt är att se vad man kan få in som bidrag till täckning av fasta kostnader (*täckningsbidrag*). Den principen har flygbolaget SAS tillämpat genom förmånliga flygpriser för ungdom och pensionärer: "Inga tomater är så ruttna som en tom flygstol".

Styckkostnadsfällan: När det allmänna finansierar sjukvården räcker inte ett system med styckprissättning. Det måste också sättas ett tak för hur stora de samlade kostnaderna får vara. I det amerikanska DRG-

systemet har priserna för en åtgärd fixerats. Antalet åtgärder har emellertid ökat. De sammanlagda kostnaderna har därför stigit.

Den viktiga humaniteten

När vi arbetar med vård är vi inte bara ekonomiska varelser. Vi har också humanitära riktpunkter. Då blir sådant viktigt som i ekonomin kallas externaliteter: sociala mål, miljöpåverkan, samhällsnytta och minskat lidande. Utan medmänsklighet och barmhärtighet, medkänsla och kärlek skulle livet mista sin halt och sitt etiska värde. Ekonomin är ett medel för hushållning med knappa resurser, inte ett mål i sig.

Diskutera

1. Varför är intresset för effektivitet så stort idag?
2. Vilken är skillnaden mellan produktivitet och effektivitet?
3. Vilka steg är viktiga vid effektivitetsanalys?
4. Vad innebär "alternativkostnad"?
5. Vilket värde har jämförelser mellan kliniker? Vilka risker finns i sammanhanget?
6. Skilda aktörer lyfter fram olika faktorer som är viktiga för kostnadernas utveckling. Diskutera vilka faktorer som är påverkbara och av vem eller vilka?
7. Vad innebär det att den svenska inkomstelasticiteten för hälso- och sjukvård varit 2,7?
8. Vad innebär Reillys lag? Vilken tillämpning har den inom sjukvården?
9. Hur viktig är åldersfaktorn för konsumtionen av sjukvård? Hur viktig för vårdkostnadernas ökning?
10. Ett antagande är att "tillitsbristohälsan" kan ligga bakom 40 procent av sjukvårdskostnaderna. Vad talar för? Vad talar mot?
11. Läkemedlen svarade 1987 för ca 8 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna. De kan komma att öka sin andel. Varför?
12. Det finns sjukhus där diagnostiken är dyrare än terapin. Vilka faktorer kan medverka till att den utvecklingen fortsätter?
13. Drygt 96 procent av hälso- och sjukvårdens budgetar har gått till fortsatt verksamhet för aktiviteter som fanns föregående år. Diskutera varför.
14. I en studie visade det sig att 67 procent av det som allmänläkarna gjorde lika väl kunde klaras av erfarna distriktssköterskor utan risker för patienterna. Varför vidgas inte distriktssköterskornas kompetensområde?
15. En norsk studie visar att utbyggd primärvård inte minskat efterfrågan på sjukhusvård. Men i de fall tonvikt gavs åt hembesök av läkare i primärvården minskade trycket på sjukhusen. Varför har det blivit svårt att få hembesök av läkare?
16. Studier visar att där det finns gott om läkare (som avlönas per prestation) utförs väsentligt fler medicinska åtgärder än i andra områden. Varför?
17. Diskutera hur kulturbetingat det som görs i sjukvården är.
18. Vad kan ökad kunskap om vad åtgärderna kostar i öppen och slutenvård ge för praktiska resultat?
19. Finns risk för att s k basarbetstid, dvs ronder, konferenser, samråd med kolleger etc, kan lägga beslag på så mycket av arbetstiden att det tillskott av tid som en ny medarbetare skulle innebära i själva verket kan bli negativt?
20. Här nedan följer ett räkneexempel som gäller tidsåtgång vid gruppöverläggningar. Diskutera vad som kan göras för att minska risken för tidsförlust till följd av tidskrävande samråd.

Tidsåtgång vid gruppöverläggningar

Förutsättningar: 40 minuters samrådstid per terapeut
450 minuters aktiv arbetstid per terapeut och dag

Beräkningsformel: $s \times d^2 = t$

s = samrådstid per terapeut
d = antal terapeuter
t = tidsåtgång för samråd

s Samrådstid per terapeut	d Antal terapeuter	d ²	t Tidsåtgång för samråd	Δt Marginell tidsåtgångs- ökning	Tillskott eller minskning av tid
40 min	1	1	40		
40	2	4	160	120	+ 330
40	3	9	360	200	+ 250
40	4	16	640	280	+ 170
40	5	25	1 000	360	+ 90
40	6	36	1 440	440	+ 10
40	7	49	1 960	520	- 70

21. Kostnaden för administration varierar från land till land. Diskutera vilka faktorer som kan ligga bakom.
22. Kan ökad kvalitetskontroll medverka till besparingar?
23. Kostnadsberäkningar är i hög grad beroende av de förutsättningar man väljer att utgå från. Diskutera vad detta kan leda till för konsekvenser.
24. Sjukhusvård, gruppboendevård och hemsjukvård är i vissa fall komplement, i andra fall substitut. Vilka överväganden bör göras vid val av vårdform?
25. Vilken är skillnaden mellan en "cost-effectiveness"- och en "cost-utility"-analys?
26. Diskutera med utgångspunkt från höftledsexemplet de problem med tanke på en helhetsbedömning som kan orsakas av att varje klinik ska betraktas som självständig med eget ekonomiskt ansvar.
27. Vad innebär kollektiv behovstillfredsställelse? Hur bör den finansieras?
28. Vad innebär optionsefterfrågan?
29. Diskutera den risk för kalkylkult som kan uppträda om effektivitetsanalysen i första hand inriktas på det mätbara.

Litteratur

- ¹ Granqvist, R., *Effektivitet och produktivitet i sjukvården*, Stockholm: Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet, R 1990:1.
- ² Johnsson, E., "Ekonomi och utvärdering av medicinsk teknologi", i Calltorp, J. (red), *Ekonomi och administration i kliniskt perspektiv*, Lund: Studentlitteratur, 1991, 123–147.
- ³ Dumbaugh, K.A., "The evaluation of performance in the management of health care organizations", i Kovner, A.R. och Neuhauser, D., *Health services management*, Ann Arbor: Health Administration Press, 1978, 213–232.
- ⁴ Wallenberg, J., *Decentralisering, ledarskap, medbestämmande. Om sjukvårdens förnyelse*, Lund: Studentlitteratur, 1991.
- ⁵ Waldo, D., *The administrative state*, New York: Ronald Press, 1948.
- ⁶ Lindhardt, J. (red), *Under kærteg behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*, København: Munksgaard, 1990.
- ⁷ Fry, J. och Rensner U., *Social revision av ett ämbetsverk*, Stockholm: Allmänna förlaget, 1988.
- ⁸ *Ekonomiska konsekvenser av skillnader i praxis: jämförande studier av kvinnokliniker*, Stockholm: Spri rapport 204, 1986.
- ⁹ Eckerlund, I., Gårdmark, S., Rybo, G. och Sandholm, L.-E., "Ekonomiska konsekvenser av skillnader i medicinsk praxis: Möjligheter till effektivare resursutnyttjande inom gynekologin", *Läkartidningen*, 1986;83:40, 3310–3312.
- ¹⁰ *Ekonomiska konsekvenser av skillnader i praxis – jämförande studie av hudkliniker*, Stockholm: Spri rapport 218, 1987.
- ¹¹ *Preoperativa rutiner*, Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, 1989.
- ¹² Hansagi, H., Jonsson, E., Calltorp, J., *Privat och offentlig primärvård. En jämförelse inom Stockholms läns landsting*, Stockholm: Samhällsmedicinska enheten, Huddinge sjukvårdsområde, 1991.
- ¹³ McPehrson, K., "International differences in medical care practices", i *Health care systems in transition. The search for efficiency*, Paris: (OECD) Social policy studies 7, 1990, 17–40.
- ¹⁴ Gerdtham, U.-G., *Essays on international comparisons of health care expenditure*, Linköping: universitetet i Linköping, 1991.
- ¹⁵ Maxwell, R., *Health and wealth. An international study of health care spending*, Basel: Sandoz, 1981.
- ¹⁶ Ståhl, I., *Can health care costs be controlled? A study in production and development in health care*, Lund: Dialogos, 1986.
- ¹⁷ *Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries*, Paris: OECD Social policy studies 4, 1987.
- ¹⁸ Söderström, L., *Hur skall sjukvården betalas? – Om alternativa betalningsmodeller*, Stockholm: SNS Förlag, 1991.
- ¹⁹ Schreiber, G.J. och Poullier, J.-P., *Overview of international comparisons of health care expenditures. Health care systems in transition. The search for efficiency*, Paris: OECD Social policy studies 7, 1990, 9–16.
- ²⁰ Gillberg, B. och Tamplin, A.R., *Mord med statligt tillstånd: Hur miljöpolitiken förkortar våra liv*, Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1990.
- ²¹ Manning, W.G., Neuhaus, J.P., Duan, N., Keeler, E.B. et al., "Health insurance and the demand for medical care. Evidence from a randomized experiment", *American Economic Review*, 1987;77, 251–77.
- ²² Lindgren, B., *Cost of illness in Sweden 1964–1975*, Lund: Liber, 1981.
- ²³ Lindgren, B., Jendteg, S. och Palmgren, H.-Å., "Vad kostar sjukdomarna de svenska medborgarna?", Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, 1990, enligt *Hälsan i Sverige. Hälsostatistisk årsbok*, Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1989.
- ²⁴ Magnusson, G., *Excessive use of medical care of rational patient behaviour. A study of a large hospital emergency department*, Stockholm: Karolinska Institutet, 1980.
- ²⁵ Allander, E., "Centrallasarettet som vårdmagnet", *Sjukhuset*, 1973;50:26–27.
- ²⁶ Olovsson, L., *Vård på lika villkor. Skillnader mellan kommunerna inom ett landsting*, Stockholm: Socialstyrelsen redovisar, 1983:6.
- ²⁷ Persson, L., *Kunderna i Vällingby*, Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm, 1960.
- ²⁸ Gerdtham, U.-G., *Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnader*

- na, Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, universitetet i Linköping, Rapport 1990:3.
- ²⁹ Lagergren, M., *Den dyra vården – kvarnsten eller räddningsplanka? En analys av vårdsektorns roll för ekonomi och sysselsättning i framtiden*, Stockholm: Sekretariatet för framtidsstudier, 1981.
 - ³⁰ Renberg, E., Jacobsson, L. och Tungström S., "Enkätundersökning i Västerbotten. 32 procent har självmordstankar någon gång i livet", *Läkartidningen* 1986;83:28–29, 2460–2463.
 - ³¹ Hagnell, O., *A prospective study of the incidence of mental disorder. The Lundby project*, Stockholm: Norstedts, 1966.
 - ³² Johnson, A., *100 miljarder kostar supen*, Göteborg: Sober, 1991.
 - ³³ Dever, G.E.A., "An epidemiological model for health policy analysis", *Social Indicators Research*, 1976:2, 453–456.
 - ³⁴ *Cancer: orsaker, förebyggande m m*. Betänkande av cancerkommittén, Stockholm: Statens offentliga utredningar, 1984:67.
 - ³⁵ *Minskat tobaksbruk*, Slutbetänkande från tobakskommittén, Stockholm: Statens offentliga utredningar, 1981:18.
 - ³⁶ Holmberg, S., *Femoral neck fracture*, Stockholm: Karolinska Institutet, 1985.
 - ³⁷ Johansson, A., "Slutskedet dyrt för vården. Fjärdedel av resurserna går till att hjälpa sjuka sista året", *Dagens Nyheter*, 8 oktober 1992.
 - ³⁸ *Förnyelse av läkarutbildningen i Linköping i ett internationellt perspektiv*, Linköping: Linköpings universitet, Medical Publication 2, 1981.
 - ³⁹ Pellegrino, E.D., "Ethics", *Journal of the American Medical Association*, 1991;265: 23, 3118–3119.
 - ⁴⁰ Johansson, H. och Nordenstam, I., *Svensk läkemedelsstatistik 1989*, Stockholm: Apoteksbolaget, 1990.
 - ⁴¹ Hasselgren, A.M., Håkansson, S. och Reizenstein, P., "Svårt spara i sjukvården utan 'biverkningar', *Läkartidningen*, 1986;21, 1943–1944.
 - ⁴² Sandler, G., "Costs of unnecessary tests", *British Medical Journal*, 1979; 7 juli, 21–24.
 - ⁴³ Borgenhammar, E., *Health care budgeting: goals, structure, attitudes*, Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm, 1979.
 - ⁴⁴ Spitzer, W.O., Sackett, D.L., Sibley, J.C., Roberts, R.S. et al, "The Burlington randomized trial of the nurse practitioner", *New England Journal of Medicine*, 1974; 31 januari, 251–256.
 - ⁴⁵ Sjölenius, B., *Hälsa- och sjukvårdsrätt, Del 1. Personalk: hälsa- och sjukvården*, Lund: Studentlitteratur, 1989.
 - ⁴⁶ Dahlin, B., "Primärvårdens datajournal som styrinstrument", Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1991 (manuskript).
 - ⁴⁷ Rokkones, T., "Sykebesøksaktivitet og innleggelsefrekvens i sykehus", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1985;5, 371–372.
 - ⁴⁸ Sjönell, G., *Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area*, Stockholm: Department of Social Medicine, Kronan District Health Center, 1984.
 - ⁴⁹ Wennberg, J. och Gittelsohn, A., "Variations in medical care among small areas", *Scientific American*, 1982;246:april, 120–134.
 - ⁵⁰ Enthoven, A.C., *Health plan. The only practical solution to the soaring cost of medical care*, Reading, MA: Addison-Wesley, 1980.
 - ⁵¹ Payer, L., *Medicine and culture. Notions of health and sickness in Britain, the US, France and West Germany*, London: Gollanz, 1989.
 - ⁵² Borgenhammar, E., *Makten över sjukhuset*, Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, 1968.
 - ⁵³ Bonair, A., *Conceptual and empirical issues of technological change in the health care sector. Innovation and diffusion of hemodialysis and renal transplantation*, Linköping: universitetet i Linköping, 1990.
 - ⁵⁴ Bonair, A. och Carlsson, P. *Utvärdering av medicinsk teknologi. Vetenskap, politik, ekonomi, etik*, Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1987.
 - ⁵⁵ Nilsson, M. och Sandström, L., *Sjukvårdens affärer. En granskning av handeln med sjukvårdsutrustning*, Stockholm: Liber, 1983.
 - ⁵⁶ Anell, A., *Från central planering till lokalt ansvar. Budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård*, Lund Studies in Economics and Management. Lund: Lund University Press, 1990.
 - ⁵⁷ Rydell, N. och Sjölander U., "Project to

- increase surgical efficiency of total joint-replacement", i Evander, A., *Surgical efficiency and economy world conference*, Lund: Lunds universitet, Kirurgavdelningen, 1987.
- ⁵⁸ Berg, P.O. och Jansson, C., *Strategisk ledning på politiska marknader. Opinionsbildning och intern förankring i förvaltningar och folkrörelseorganisationer*, Lund: Studentlitteratur, 1991.
- ⁵⁹ Culyer, A.J. och Jönsson, B., *Public and private health services*, Oxford: Blackwell 1986.
- ⁶⁰ Woolhandler, S. och Himmelstein, D.V., "The deteriorating administrative efficiency of the U.S. health care system", *N Engl J Med*, 1991;324:1253–1258.
- ⁶¹ Robin, E.D., *Matters of life and death. Risks vs. benefits of medical care*, New York: Fullman, 1984.
- ⁶² Skrabanek, P. och McCormick, J., *Follies and fallacies in medicine*, Glasgow: Paragon Press, 1989.
- ⁶³ Weisbrod, B.A., Test, M.A. och Stein, L.I., "Alternative to mental hospital treatment. Economic benefit-cost analysis", *Archives of General Psychiatry*, 1980;37,400–405.
- ⁶⁴ Häfner, H., "Effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 1989;40:1,49–63.
- ⁶⁵ Westrin, C-G., "Ekonomisk utvärdering av psykiatri", i Calltorp, J. (red), *Ekonomi och administration i kliniskt perspektiv*, Lund: Studentlitteratur, 1991, 163–180.
- ⁶⁶ Eisenberg, J.M., "Economics", *Journal of the Am Med Ass*, 1991;265:23, 31–33.
- ⁶⁷ Borgenhammar, E., Härne, G. och Liwing, U., *Handbok med förslag till åtgärder vid kostnads- och prestationsavvikelse, bristande effektivitet etc*, Stockholm: Spri projekt 7109, 1974.
- ⁶⁸ Brooks, R.G., *Health status and quality of life measurement. Issues and developments*, Lund: Institutet för hälsoekonomi, 1991.
- ⁶⁹ Drummond, M.F., *Principles of economic appraisal in health care*, Oxford: Oxford University Press, 1980.
- ⁷⁰ Jönsson, B. och Rhenberg, C., *Effektivare sjukvård*, Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1987.
- ⁷¹ Albinsson-Bruhner, G., "Pengarna eller biljetten!", *Svenska Dagbladet*, 12 oktober 1991.
- ⁷² Mintzberg, F., *On management*, New York: Free Press, 1989.

15. Kan man lita på sjukvården?

-
- Bra kan bli bättre 268 • Tre sätt att se på kvalitet 270*
• *Vad är kvalitet? 271 • Vägar till kvalitet 276*
• *Från analys till handling 279 • Tre exempel 281*
• *Ledarskapets betydelse 283 • Sjukvård – att lita på? 284*
• *Diskutera 286 • Bilaga 15:1 Synpunkter på kvalitet 287*
• *Bilaga 15:2 Mål och medel 288 • Litteratur 291*
-

Kan man lita på sjukvården? Det anser sig fyra av fem hos allmänheten kunna, dvs fler än vad som är fallet för snart sagt vilket separat område som helst i samhället.¹ De som legat på sjukhus är mest tillitsfulla. Utöver det medicinska uppskattar de personalens vänlighet, informationen, lokalernas standard osv. Något mindre nöjda är patienter i öppen vård. Klagomålen gäller i synnerhet att inte i större utsträckning få träffa samma läkare vid upprepade besök. Många som väntat länge är heller inte tillfreds.²

Bra kan bli bättre

Den vetenskapliga utvecklingen har medfört nya möjligheter till diagnos och behandling.³ Mycket har gjorts de senaste årtiondena för att öka säkerheten i undersökning och behandling. Ändå kan mycket bli bättre. Systematiska undersökningar visar att komplikationer, incidenter som avviker från normalförloppet, kan uppgå till 10–30 procent.^{4,5} Mörkertalen är obekanta och troligen stora. En förutsättning för förbättringar är att kunskapen ökar om kvaliteten och om dess betydelse för patienterna. Det behövs redskap, dessutom vilja och förmåga att använda dem.

Syfte är här att

- peka på synsätt, begrepp och analysmetoder,
- ge exempel och
- illustrera attityder.

Vad är kvalitet?

Kvalitet är den helhet av egenskaper och kännetecken som en tjänst eller en produkt har och som gäller möjligheten att tillfredsställa uttalade och underförstådda krav och behov. Definitionen, från ISO 9000-serien, pekar på den externa kvaliteten.⁶ En del faktorer kan mätas "objektivt". Man talar om *faktisk kvalitet* (quality in fact) och *upplevd kvalitet* (quality in perception).⁷ Det förra begreppet innebär att uppställda specifikationer har uppnåtts. Det senare betyder att den som betjänas får förväntad kvalitet.

Kvalitetssäkring betyder planlagda och systematiska åtgärder som är nödvändiga för att skapa tilltro till att en tjänst eller produkt kommer att uppfylla givna kvalitetskrav.

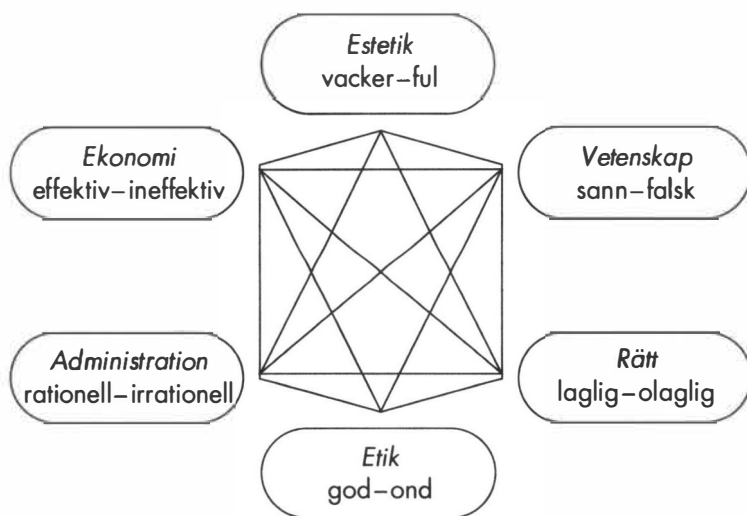
Kvalitetspolicy står för en organisations övergripande avsikter och inriktning vad avser kvalitet, formellt uttalade av ledningen. Medan kvalitet hör till varje medarbetares uppdrag är kvalitetspolicyn ledningens ansvar. Begreppet *kvalitetssystem* står för organisationsstruktur, ansvar, rutiner, processer och resurser för att leda och styra verksamheten med avseende på kvalitet. *Kvalitetsledning* är viktigt. Det är den del av ledningens övergripande verksamhet vilken fastställer och omsätter kvalitetspolicyn i praktiken.

Intern kvalitet har att göra med upplevd kvalitet i personalens arbete, med engagemang och vilja hos medarbetarna.

Kvalitetssystem och kvalitetsteknik är verktyg för rätt kvalitet. Det beror på människorna i organisationen om verktygen används väl.

Kvalitet i hälso- och sjukvård har inte bara med det vetenskapligt mätbara eller med "sant kontra falskt" att göra. En lång rad andra värderingsprinciper kommer in. Där finns den *administrativa* frågan om rationellt kontra irrationellt, den *ekonomiska* som gäller effektivt kontra ineffektivt, den *rättsliga* som handlar om lagligt kontra olagligt. Där finns också den etiska frågan om gott kontra ont och, i vissa fall, den *estetiska* som gäller vackert kontra fult. Se figur 15:1 (källa: not 8, s 74).

Figur 15:1 Värderingsprinciper



Källa: Se not 8.

Kvalitet – varför?

Kvalitet är viktig av flera skäl. Av *etiska*: Det är gott att göra rätt. Av *humanitära*: Sjukvård med kvalitet är ett redskap för att bistå utsatta medmänniskor. Av *legala*: Hälso- och sjukvårdslagen säger att vården ska "vara av god kvalitet

och tillgodose patientens behov av trygghet" (SFS 1982:763, § 3). Av *professionella*: För varje yrkesgrupp måste kvaliteten stå i förgrunden. Av *hushållningsmässiga*: 40 procent av produktionskostnaden i amerikansk industri kan ha att göra med att arbetet inte utförts riktigt från början,⁹ och ett liknande förhållande kan gälla även sjukvårdens resurser som skulle kunna användas bättre.^{10,11,12} Av *plikt*: De nordiska länderna har utfäst sig att arbeta för Världshälsoorganisationens europamål, som bl a innebär kvalitetskontroll (mål 31 och 38). Kvalitet är angeläget även av *konkurrensskäl*. Den marknadsorientering med "köp-och-säljssystem", bolagisering och konkurrens som fått aktualitet i diskussionen vid 1990-talets början synes öka intresset för kvalitetsfrågor som ett konkurrensmedel.

"Kan ni garantera...?"

Patienten har rätt till god vård, säger lagen. Men kan sjukvården rimligtvis åstadkomma positivt resultat i varje enskilt fall? En sådan garanti kan ingen ge. Hur insiktsfull och kvalitetsmedveten personalen än är kan många sjukdomar inte botas. Åskilligt kan dock göras för att öka chanserna till god effekt inom de ramar som den mänskliga biologin och förutsättningarna i övrigt ger.

Tre sätt att se på kvalitet

Tre sätt att se på kvalitet är standardsynsättet, totalkvalitetssynsättet och de kontinuerliga förbättringarnas synsätt.

Standardsynsättet

Det första hänför sig till en godtagbar *standard*, dvs det värde på ett kriterium som krävs eller som felaktigheterna måste understiga för godtagbar kvalitet.

Det finns flera invändningar mot detta synsätt. 1) Det är svårt att sätta korrekta mål. Alltför låga kan de bidra till dålig kvalitet, alltför höga skapar de frustrering. 2) En verksamhet som bara söker uppehålla en standardnivå kan aldrig bli riktigt högklassig. 3) Det har hittills varit läkarnas arbete som i första hand uppmärksammas när standarder varit aktuella.¹⁰ 4) Målen har i allmänhet gällt tekniska aspekter medan organisatoriska, personella och övriga fått stå tillbaka. 5) Även om patienterna är den viktigaste parten måste andra in i bilden, t ex anhöriga.

Användningen av normtal som standarder för kvalitet synes vara på väg ut. Däremot ökar intresset för någon form av likare för funktionskrav.

Totalkvalitetssynsättet

Vid det andra synsättet är målet *total kvalitet*. Flygbolag hjälper sjukvården med att analysera rutiner under mottot: "Being right the first time and all the times". Ett exempel är "the Wales Total Quality Strategy".¹³ För flygbolagen räcker inte ett mål som innebär att man gör rätt i nio fall av tio, 99 av 100 eller 999 av 1000. Man måste göra rätt varenda gång inom områden där människors liv och säkerhet står på spel.¹⁴

I syfte att förbättra utbildningen av bl a blivande kirurger riktas intresset mot de möjligheter till simulerad verklighet som "cyber space"-tekniken ger. Denna tredimensionella "fullfärgsvärld" torde även kunna integrera holografisk teknik. Resultatet kan bli ett steg närmare total kvalitet.¹⁵

De kontinuerliga förbättringarnas synsätt

Det tredje synsättet har sitt ursprung hos amerikanska tänkare som Deming^{16,17,18} och Juran.¹⁹ Det har tidigt tillämpats inom industrin, bl a i Japan.²⁰ Tanken är att varje skede i verksamheten ska ge erfarenheter som kan läggas till grund för förbättringar. De kontinuerliga förbättringarnas synsätt vill väcka varje enskild anställds eget ansvar för kvaliteten. Den svagaste länken, vilken denna än är, blir slutligen avgörande.

En patient hade fått en artificiell höftled inopererad av en framstående ortopedkirurg. Det skedde en torsdag. Dagen därpå kom sjukgymnasten för att hjälpa den nyopererade ur sängen och aktivera musklerna. Lördag och söndag tjänstgjorde ingen sjukgymnast på kliniken. I stället kom två nyanställda sjukvårdsbiträden med en ståstol in i rummet och sa: "Det står på lappen att du ska upp. Du kan väl stå i den här medan vi bäddar." Efter några minuter i ståstolen svimmade den oövakade patienten och föll handlöst i golvet...

I den allmänna diskussionen förbinds kvalitet ibland med önskemål om större resurser. De kan vara viktiga exempelvis för att kunna investera i utrustning för laserkirurgi. Men bättre prioritering, organisation och ledarskap i dagens sjukvård är viktigare än ökade anslag för att förbättra kvaliteten.

Vad är kvalitet?

Kvalitet i sjukvården, vad är det? Sex dimensioner är viktiga i spaningen efter helhetsperspektiv:²¹

- Tillgänglighet
- Relevans
- Jämlikhet
- Socialt godtagande
- Produktivitet och ekonomi
- Effektivitet

Låt oss se närmare på dimensionerna.

Tillgänglighet

Sjukvården bör så långt möjligt vara lätt att nå även för patienter i glesbygd, vilka ej har tätorternas utbud. Men vården kan inte vara nära när patienterna är fjärran. Bör då människorna komma till sjukvården eller sjukvården till människorna? Hembesöken måste ges större utrymme med tanke på framför

allt de äldre och barnen. Forskning illustrerar också "telefonmedicinens" möjligheter.^{22,23}

Kan tillgängligheten bli alltför god? Finns risk att vården översvämmas av patienter som "shoppar vård" vid första bästa tillfälle? Sådant förekommer i mindre eller större omfattning men får inte vara motiv för krångel och svår-tillgänglighet. Samtidigt observeras ett fenomen som kan kallas vårdmagnetism: ju närmare sjukhus, desto större vårdutnyttjande.^{24,25}

Vad betyder avgifter för tillgängligheten? Allmänhetens benägenhet att söka vård har samband med de avgifter som uttas.^{26,27}

Höjningen i Sverige av kostnaden för läkarbesök från 60 till 100 kr i januari 1991 resulterade under den första månaden i en minskning av efterfrågan vid flera vårdcentraler på 10–20 procent (enligt Sveriges radio, Nyhetstimmen, 11 februari 1991 samt intervjuer med allmänläkare i Halland 26 februari 1991). Patienterna återkommer dock efter några månader. Kan fortsatta höjningar väntas? Från regeringshåll har framhållits att "tillgänglighet för alla är inte detsamma som avgiftsfrihet. Inte med de inkomstnivåer vi i dag har i Sverige..." dagens låga avgifter ökar från två håll det efterfrågetryck som behöver dämpas: dels leder det till viss överförbrukning av offentliga tjänster, dels skapar det ett falskt utrymme för annan konsumtion".^{28, s 4}

Relevans

Får de vård som bäst behöver? Är det rätt personalkategori som betjänar? Sätts rätta åtgärder in i rätt tid?

Rätta patienter? En grupp om mindre än två procent av befolkningen kräver en tredjedel av resurserna.²⁹ I intensivvården fordrar tre procent av patienterna 61 procent av resurserna.³⁰ Vi vet inte om de som bäst behöver vård också får den. År 1990 bedömdes 22 procent av patienterna vid landets invärtesmedicinska och ortopedkirurgiska kliniker vara färdigbehandlade.³¹ När betalningsansvaret 1992 fördes över från landstingens sjukvård till primärkommunernas socialtjänst ändrades förhållandet.

En amerikansk studie visar att 11 procent av kirurgiska och 17 procent av medicinska intagningar bedömdes vara "onödiga".³² Att ligga på sjukhus när det inte behövs innebär risker för exempelvis urkalkning av benen, förstoppning, infektion, olycksfall, medikalisering och hospitalisering.^{33,34}

Vilka sjukvårdsbehov är bristfälligt tillgodosedda? Ett inslag i snart sagt varje stadsbild är missbrukarna, de utslagna. De är storkonsumenter av sjukvård. Trots det har de stora sjukvårdsbehov som inte är tillgodosedda.³⁵ Förhållandet är likartat för grupper av invandrare. Många som drabbas av otillräcklighet i samband med akuta livskriser, tycker sig sakna hjälp från sjukvården. Krismottagningar har kommit bort i samband med att psykvården uppdelats i geografiska sektorer. Psykiatrien är huvudsakligen inriktad på människor med långvariga och djupgående problem. Den som råkat ut för en akut livskris kan känna sig ännu sämre av att hamna på en avdelning med denna inriktning.

Frågan om de personer som får vård också behöver den är aktuell även när det gäller större ingrepp. En analys gäller angiografi och kranskärlsoperationer. Den omfattar tre engelska sjukhus och visar att 51 procent av hjärtangiografierna på patienter som var 65 år och äldre inte anses ha utförts på korrekta grunder. Samma var fallet beträffande 45 procent av kranskärlsoperationerna enligt bedömning av en engelsk expertpanel. En amerikansk läkargrupp stannade dock för något lägre siffror: 29 och 34 procent.³⁶

En studie vid Huddinge sjukhus visar att en stor del av de patienter som kommit till akutmottagningen på vardagar under kontorstid egentligen inte hör hemma där. De borde ha vänt sig till en vårdcentral.³⁷

Rätt personal? Är det rätt personalkategori som betjänar? Längre har de minst erfarna läkarna placerats i vårdens frontlinje, på sjukhusens akutmottagningar. I en del fall inser de inte att de i tillräcklig grad kan söka vägledning hos mera erfarna kolleger, sådana som i och för sig alltid finns "i bakre ledet". I första linjen behövs personal som har erfarenhet, beprövat omdöme och yrkeskunskap. En amerikansk studie visar, föga överraskande, att ju mindre handledning nya läkare får i sitt arbete desto sämre är resultaten.³⁸

Utan kontinuerlig handledning kan den oerfarne inte agera med kvalitet. Även om det mesta som folk söker hjälp för på sjukhusens akutmottagningar skulle vara trivialiteter som går över av sig själva, måste de allvarliga problemen få kvalificerad bedömning. Att skilja allvarligt från trivialt kräver kompetens.

En kanadensisk studie visar att en erfaren praktiserande sjuksköterska (vi skulle väl närmast tala om en distriktssköterska) kunde klara 67 procent av allmänläkarbesöken utan någon nackdel för patienten.³⁹

Rätta åtgärder i rätt tid? Sätts de rätta åtgärderna in vid rätt tid? Studier av kirurgisk praxis i Norge visar att förlegade operationsmetoder lever kvar vid kliniker där kunskapsnivån inte hållits aktuell.⁴⁰ I de nordiska länderna finns inte krav på att läkare ska fortbilda sig.

Vid ett svenskt universitetssjukhus visar en analys av 40 indikatorer på kvalitet i operativ verksamhet att minst en av tre patienter råkade ut för någon form av komplikation efter operation. Av patienterna tyckte 32 procent att de inte fick ordentlig information om operationen, och 12 procent var missnöjda med den vård som gavs efter icke akut kirurgi.⁴¹

En studie i Norge visar i grov summering att komplikationer efter kirurgi förekom till 17 procent för de patienter som hade gott allmäntillstånd. För dem med medelgott allmäntillstånd var procentsatsen 34 och för dem med dåligt allmäntillstånd 50.⁴² Kan man dra några slutsatser om kvaliteten utifrån sådana data? I och för sig illustrerar de kanske snarare patientfaktorns betydelse än sjukvårdens kvalitet. Ändå manar siffrornas storlek till frågor om möjliga förbättringar.

En tysk forskningsöversikt⁴³ visar att fel vid diagnostik har varit vanligare än många kanske föreställt sig. Blodtrycksmätningar gav fel svar en gång av 20 vid pneumatiska test och tre gånger av fem vid elektroniska. Upp till 60 mm Hg i varians förekom. Beträffande röntgenundersökningar var kvaliteten otillfredsställande för 20 procent när thorax undersöktes, för 25 procent när frå-

geställningen var urologisk och lika stor beträffande skelett. Motsvarande notering för mag- och tarmröntgen var 40 procent. Orsaken var i sex fall av tio läkarbedömningen och i ett fall av tio att en undersökningsmetod använts som var felaktig för frågeställningen.

I USA har felaktigheter ansetts förekomma i samband med utdelningen av vart sjätte läkemedel. Fel dos svarade för 20 procent av felen, fel läkemedel för 17 procent, läkemedlet blir inte utdelat för 15 procent, fel antal doser per dygn för 13 procent, fel tid för 11 procent, fel användningssätt för 11 procent och andra misstag för 13 procent av felen.⁴⁴

En omfattande engelsk studie kom till slutsatsen att av 1000 patienter i anestesi som opereras dör i genomsnitt sju i samband med ingreppet.⁴⁵ Stora skillnader observerades mellan tre studerade regioner. Många kirurger och anestesiläkare har inte regelbundna träffar för att analysera resultaten. Rapporten berättar om döende patienter på vilka operationer utfördes som inte alls kunde förbättra deras situation. Det fanns också exempel på kirurger som opererade sådant som de inte var tillräckligt utbildade för, detta även när tillståndet för patienten inte var akut.

En undersökning som omfattar 30 121 slumpmässigt utvalda patienter vid 51 akutsjukhus i staten New York visar att komplikationer inträffade för 3,7 procent av patienterna varav 27,6 procent berodde på personalens försumlighet eller vårdslöshet. Allvarlighetsgraden varierar. I 13,6 procent ledde skadorna till döden medan 70,5 procent varade kortare tid än sex månader. Nästan hälften av skadorna hade samband med operation. Riskerna visar sig ha samband med ålder. Äldre har mer sammansatta sjukdomar, men personer över 64 år hade större risk även för komplikationer till följd av fel och försummelse från personalens sida.⁴⁶

Två principiella fel hotar i diagnostik, båda allvarliga. Det ena att testet visar positivt resultat i ett fall då sjukdom inte föreligger, alltså att testet inte har tillräcklig *specificeringsförmåga* (det som epidemiologer kallar specificitet). Det andra att testet visar negativt resultat i ett fall då sjukdom föreligger, alltså att testet inte har tillräcklig *sensitivitet*. När det gäller en sjukdom som är ovanlig och för vilken behandlingsmöjligheterna är goda är hög sensitivitet viktig. Då gäller det att finna så många som möjligt av de sjuka. Om sjukdomen är vanlig eller behandlingen är riskfylld är det viktigt med hög specificitet. Det gäller alltså att utesluta friska från att felaktigt diagnostiseras som sjuka och utsättas för behandling. Ett problem med allmänna hälsoundersökningar av olika slag är att många som inte är sjuka fångas in, blir frustrerade, får stressymtom och ordineras mediciner.⁴⁷

Jämlikhet

Har vi jämlikhet i hälsa? Nej. Vi föds med olika biologiska förutsättningar. Vi växer upp under skilda miljövillkor. Vi väljer eller styrs av omständigheterna in i olika levnadsvanor.⁴⁸

Det finns en betydande överdödlighet i många lågkvalificerade yrken, likaså för män utan förvärvsarbete. Frånskilda har mer alkoholskador, lungcancer, hjärtinfarkt, slaganfall och självmordsförsök. Här är männen särskilt utsatta.⁴⁹

Finns resultatlikhet i vården? Vi vet inte om sjukvården indirekt förstärker

de skillnader som finns i fråga om förutsättningar, om personer i högstatusyrken inte bara är friskast utan också betjänas effektivare.

Den största ojämlikhetsfaktorn är kanske att man som patient hamnar hos sjukvårdsanställda med olika kunskap, motivation, intresse och ansvar. Studier visar att 2,5 procent av kirurgerna svarar för ingrepp som har samband med 15 procent av dödsfallen.⁵ Den som har otur hamnar hos den fåkunnige, den ointresserade. Eller, under olyckliga omständigheter, hos den psykiskt avvikande, missbrukaren. I Norden ställs inga lämplighetskrav i samband med antagning till medicinsk utbildning. Frågan om sådana krav kan ge bättre personal är värd forskning. Som helhet är det ändå viktigare att betona ledarskapet och organisationen än att överdrivet lyfta fram enskilda "bad apples" bland personalen. Det här är ett område där handlingsförlamning hos de ansvariga inte är godtagbar.

Genom att få bort enskilda "rötägg" ur verksamheten kan man förhoppningsvis kapa den sämsta delen av en tänkt normalfördelningskurva för kvaliteten. Genom att öka den allmänna kunskapsnivån och kvalitetsmedvetenheten hos personalen i sin helhet finns möjlighet att förskjuta hela kurvan i riktning mot högre kvalitet. Båda åtgärderna är viktiga.

Socialt godtagande

Socialt godtagande som kriterium på kvalitet har att göra med vilket inflytande allmänheten har över vården, sett i relation till vilket inflytande som praktiskt är möjligt i professionella system. Lekmannens möjligheter begränsas inte minst av kunskapsmässiga skäl. Viktigt för det sociala godtagandet är också hur patienter och deras anhöriga bemöts i vård och behandling och hur deras personliga integritet skyddas.

Frågan hur angeläget behovet av information är hos skilda grupper av patienter, är bristfälligt utforskad. Detta gäller även frågan vad patienter tar till sig av den information som lämnas.⁵⁰ Yngre är över lag mer angelägna att få information. Äldre personer behöver också längre tid för att tillgodogöra sig information och uppfatta medicinska råd.

I en studie för Landstingsförbundet ställdes frågor till allmänheten om sätet på vilket man skulle vilja få information för den händelse man led av obotlig sjukdom, t ex avancerad cancer. Varannan önskade att information skulle ges både till en själv och till anhörig. Nästan var tredje önskade att endast själv få informationen. Var tionde ville få informationen genom att själv fråga ut läkaren.⁵¹

Så sent som i början av 1980-talet ansåg vissa forskare det godtagbart att patienten var ovetande om att vara slumpmässigt utvald som deltagare i forskningsförsök. I den så kallade Ludwig-studien valdes kvinnor med cancer slumpmässigt att antingen få bröstet radikalt bortopererat eller att undergå en skonsammare operation. När förhållandet blev bekant genom massmedia ändrades tillvägagångssättet. Kvinnorna informerades, och det stod dem fritt att själva välja.^{52,53}

Produktivitet och ekonomi

Studier inom finansdepartementet visar för den svenska sjukvården en tre-procentig årlig produktivetsminskning, genomsnittligt under perioden 1970–80.⁵⁴ Skälen är många, också felkällorna⁵⁵ även om ett av de sämsta måtten, antalet vård dagar inom akutsjukvården, har undvikits. I stället har antalet intagningar använts, men inte heller detta är invändningsfritt.

Effektivitet

Medan produktivitet mäts i prestationer, satta i relation till resurserna innebär effektivitet målrelaterade resultat, också de relaterade till resurserna. Effektivitet är därför det viktigare begreppet.

Att produktiviteten har minskat under några årtionden, mätt i antal patienter och läkarbesök per resurs, innebär inte nödvändigtvis att effektiviteten sjunkit. Det ökade antalet transplantationer kan exempelvis anses ha medfört minskad produktivitet men torde ha inneburit ökad effektivitet.

Hur nödvändigt är det som görs i hälso- och sjukvården? De medicinska insatserna syftar till att förbättra patienternas livskvalitet. Den bedömning som läkaren gör av effekten stämmer inte nödvändigtvis överens med den som patienterna eller deras anhöriga gör.

I en engelsk undersökning ansåg läkarna att livskvaliteten förbättrats för 76 procent av patienterna medan den för 7 procent försämrats till följd av behandlingen. Av patienterna själva ansåg sig 36 procent förbättrade och ca 20 procent försämrade, resten oförändrade. När anhöriga till samma patienter tillfrågades ansåg de att hela 75 procent av patienterna fått *försämrad* livskvalitet till följd av behandlingen.⁵ Att anhöriga har en mera negativ bedömning kan bero på att de troligen har svårast att skilja mellan effekten av sjukdomen och effekten av behandlingen.

Hur lika är sjukvårdspersonalens och patientens bedömning av om en komplikation har inträffat? I en studie fanns överensstämmelse bara i 24 procent av fallen. De patienter som inte ansåg sig ha några komplikationer även om sjukvårdspersonalen ansåg detta, var mest nöjda med vården. De minst nöjda patienterna ansåg sig ha fått en komplikation utan att sjukvårdspersonalen delade deras uppfattning.⁵

Läkare som skriver ut mindre medicin och färre remisser till specialister når, generellt sett, inte sämre resultat än andra. Mindre resursutnyttjande behöver inte betyda sänkt kvalitet.⁵

Åtskilligt som görs inom sjukvården grundas på begränsad information och bristfälliga data. Kanske är så mycket som 80–85 procent inte baserat på egentlig vetenskap.⁵⁶ Behovet av utvärdering och teknologivärdering är betydande, liksom behovet av fortbildning.⁵⁷

Vägar till kvalitet

Vilka aktiviteter ska väljas i och för systematisk kvalitetsanalys? Svar: Sådana som är vanliga i verksamheten. Sådana där effekten på patienternas hälsa eller effekten av resurserna kan förutses vara stor. Sådana som utan alltför stor

ansträngning kan definieras och för vilka det går att ange standardmål eller total kvalitetsmål. Sådana där kontinuerliga förbättringar ter sig möjliga.

Det som mäts är det som kan mätas. Handlandet anpassas efter måtten. Ju mer man tror på ett visst sakläge, desto mer styrs man omedvetet att välja data som styrker ens tro. Relevansen måste med i bilden.

Vilka metoder kan användas för att analysera kvaliteten i sjukvården? Man kan tala om strukturiinriktade, processinriktade och resultatnriktade analysmetoder.⁵⁸ Forskningen om kvalitet i vården har framför allt utvecklats i USA, och många av de begrepp som används är anglosaxiska.

Strukturanalys

Vid strukturanalys gäller det att finna en *organisation* för resurserna som ger förutsättningar för att bedriva vård av jämn och god kvalitet. Ansvar och befogenheter ska vara genomtänkta. Uppgifterna ska fördelas med hänsyn till kompetens och erfarenhet. Organisationen ska ge möjlighet att skilja rätt från fel och väsentligt från oväsentligt. Vid urval till professionell utbildning och vid rekrytering av personal måste lämplighetskriterier uppställas och uppföljning ske.

Ett begrepp inom strukturanalysen är *organizational audit*. På svenska kan man tala om organisationsrevision eller social revision.⁵⁹ Med hjälp av inträngande frågor bevakas fortlöpande att väsentliga områden är genomtänkta. För sjukhus i USA gäller att det först efter sådan revision ges godkännande, "accreditation", av the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Organizational audit har introducerats i Storbritannien.⁶⁰ I Norden har denna hittills inte tillämpats.

I sammanhanget bör *kvalitetscirkeln* betydelse som instrument för analys och utveckling nämnas. En kvalitetscirkel är en liten grupp vars medlemmar träffas regelbundet för att samtala om förbättringar. Deltagandet är frivilligt. Mötena varar i allmänhet högst en timma. Var och en ska ha möjlighet att komma med idéer och förslag. I cirkeln behövs en ledare, vanligen någon som frivilligt ställer upp och som har utbildats för uppgiften.⁶¹ Förfarandet tillämpas såväl vid strukturanalys som vid process- och resultatanalys.

Processanalys

Vid processanalys studeras hur diagnos, behandling och omvårdnad av patienter sker. Följs fastslagna principer? Vilka rutiner används för att undvika felaktiga analyser? Fungerar de på avsett vis?⁶²

Bland processmetoder märks *medical audit* (medicinsk revision), *nursing audit* (revision av omvårdnadsarbete) och *patient care audit* (patientvårdsrevision).⁶³ De två första begreppen står för kvalitativ och kvantitativ utvärdering av läkarnas och omvårdnadspersonalens arbete. Det tredje står för utvärdering av individuella vårdplaner medan patienten fortfarande får vård på sjukhus eller annan vårdinstitution.

Granskning av vård- och behandlingsprocesser efter det att patienten

utskrivits från sjukhus kan ske med utgångspunkt från journaler eller sammanfattningar. *Hospital discharge abstract analysis* (analys av utskrivna patienter) är en använd beteckning. Begreppet *practice guidelines management* (riktlinjer för arbetsprocesser och metoder) används när det gäller att utforma policy inom exempelvis sjukhus. Vanligt i flera länder är sammankomster där man strävar efter att nå samstämmighet, så som konsensuskonferenser,⁶⁴ och att ge uttryck för gemensamma uppfattningar bland nyckelgrupper. Resultatet kan användas som utgångspunkt för att lokalt bestämma praxis.

Begreppet *nominalgruppsmetoden* karakteriserar ett försök att nå samstämmighet med hjälp av följande steg:⁶⁵ Ett litet antal experter, exempelvis 9–12, genomgår litteratur inom ett avgränsat vetenskapligt område. De söker ge svar på frågor som bestämts i förväg. Svaren sammanställs, analyseras och återförs till respondenterna. Vid ett möte diskuteras oenigheter som kan finnas. Mötet leds av någon som antingen är expert inom ett sakområde eller förtroendeperson. Som alternativ till litteratur eller komplettering kan egen klinisk erfarenhet användas.⁶⁶

Analys av *väntelistor* kan gälla inte bara hur lång väntan är utan också hur köerna administreras och hur man om möjligt kan korta dem.⁶⁷

Peer review (kollegial revision) är en process för inomprofessionell bedömning. Personer från ett och samma yrke bedömer kvaliteten, vanligen mot bakgrund av en standard som fastställts i förväg. Två personer kan exempelvis granska och bedöma varandras arbete med utgångspunkt från tillgänglig dokumentation. En förutsättning för resultat är förtroende och respekt och en ärlig önskan att förbättra verksamheten samt att parterna inte agerar från en försvarsposition.

Resultatanalys

Den tredje gruppen av analysmetoder är den resultatinriktade. I USA har den viktigaste utvecklingen under senare år varit inriktningen på resultat snarare än på process, menar vissa bedömare.⁶⁸ Andra lyfter fram processen som det centrala.⁴

Kvaliteten bör ytterst värderas med hänsyn till utgången: i vilken mån har önskade kliniska effekter uppnåtts i form av förbättrad funktionsförmåga, minskade besvär och förlängd överlevnad? Vilka förändringar finns i fysisk rörlighet, värk, sömn, energi, social isolering och känslomässiga reaktioner?⁶⁹ Har sjukhusinfektioner, trycksår eller olycksfall inträffat? Skulle de ha kunnat förhindras? Förekommer kvarstående besvär och recidiv? Har återgång skett till arbetet? Hur kan resultaten förbättras inför framtiden?

Patientenkäter är en av de vanligare metoderna för att få en bild av patienternas attityder till behandling och vård. Patienternas upplevelser måste tillmätas betydelse. Den hittills brukade frågemetoden har både för- och nackdelar.⁷⁰ Användningen är på det hela taget i tillväxt.

En metod som kan stimulera till analys är studier av olikheter inom begränsade geografiska områden, *small area variation analysis*. Ofta visar jämförel-

ser betydande skillnader både lokalt, regionalt och internationellt och de kan vara startpunkt för samtal om möjligheter till förbättring.^{71,72,73}

Man kan tala om resultatanalys på skilda nivåer. På *samhällsnivå* är folkhälso- data som medellivslängd, dödsorsaker, spädbarns- och nyföddhetsdödlighet samt förebyggbara dödsfall viktiga.⁷⁴ Sådana analyser kan leda till ändrad fördelning av resurser. På *lokal nivå* kan analysen gälla hur behandlingsresultaten vid skilda diagnoser under en period förhåller sig till tidigare perioder eller till andra enheter.

Från analys till handling

Man skiljer mellan *sälvevalueringsmetoden* och *externevalueringsmetoden*. Den förra innebär att de personer som utför den praktiska verksamheten själva svarar för sin egen utvärdering. I princip är det angeläget att självvärdering möjliggörs. Samtidigt finns risk för subjektivitet: att man blir, mer eller mindre, den egna verksamhetens försvarsadvokat och förkunnare.

Externevalueringsmetoden innebär att den som genomför utvärderingen är utomstående och sakkunnig inom något fackområde. I bästa fall är denne en oberoende och "objektiv" expert.

Hur ska resultat presenteras för att godtas av dem det gäller? Att få en utvärdering accepterad innebär framför allt tillämpning av kunskap från områden som pedagogik och psykologi. Skilda metoder har föreslagits i litteraturen: nobelpristagarmetoden, polismetoden och dialogmetoden.⁷⁵

Nobelpristagarmetoden

Nobelpristagarmetoden betyder att sådant som är särskilt bra, det positiva exemplet, lyfts fram som ideal att efterlikna: "Detta är vad andra lyckats med. Även ni har möjligheten att lyckas". En väg går via professionell utveckling, uppföljning av verksamhetens resultat och utbildning.

Polismetoden

Polismetoden innebär att verksamheten inspekteras, att avståndstagande markeras eller att varnande exempel statueras. Metoden kan leda till ofruktbar tvekamp, menar kritiker.⁷⁶ Den som har en "polisuppgift", t ex en ansvarsnämnd, kan se sig utsedd till att poängtera felaktigheter och peka ut ansvariga. Den som utpekas ser som sin uppgift att bevisa sin oskuld. Lärdomar för framtiden skymms av önskemålet att rentvå sig.

I Sverige tillkom 1936 en lag kallad Lex Maria. Den ålade en medicinskt ansvarig vid sjukhus att omedelbart till socialstyrelsen och polismyndigheten anmäla allvarlig skada eller sjukdom i samband med behandling. Lagens bakgrund är att fyra personer avled vid dåvarande Maria sjukhus i Stockholm efter att ha erhållit injektion av kvicksilbercyanid i stället för bedövningsmedlet etokain.

I en undersökning 1991 har skadeanmälningar till den allmänna patientförsäkringen (som tillkom 1975) jämförts med skadeanmälningar till socialstyrelsen.⁷⁷ Rapportering enligt "Lex Maria" visade sig ske bara i ett mindre antal fall, och skillnaderna är stora sjukhusen emellan. I en kommentar till

undersökningen påpekar två läkare att medicinska olycksfall praktiskt taget aldrig utgör kriminalgåtor lämpade för polisutredning. Därför bör lagstiftningen avskaffas, anser de.⁷⁸ Risken för disciplinär påföljd hämmar anmälningar och därmed utredning av sjukvårdens misstag. Ansvarsnämnden tar heller inget ansvar för att återföra erfarenheter av misslyckanden till sjukvården.

En oberoende instans behövs för att utreda anmärkningsvärda fel och försummelser. Landstingen och deras sjukvårdspersonal är "parter i målet". Kompetens och omdöme utifrån kan behöva tillföras. Polismetoden har en roll i det särskilda fallet, men om den överbetonas kan resultatet bli "defensiv medicin".

Dialogmetoden

Dialogmetoden står för en önskan att skapa en förtroendefull atmosfär som grund för samtal om vad som kan förbättras. Båda parter ska ha utbyte av dialogen och kunna gå vidare med självkänslan i behåll. Ingen ska behöva "förlora ansiktet". Vägen går via det pedagogiska ledarskapet.⁷⁹

Kvaliteten tycks över lag bli bättre om medarbetarna förväntas ha en ärlig vilja att göra sitt bästa. Rädsla förgiftar atmosfären och försvårar inläringen. Dialogmetoden anses vara en av nycklarna till de kvalitetsförbättringar som gjort japansk industri så framgångsrik.⁸⁰ Användningen av kvalitetscirklar är ett exempel.⁶¹

Efter omfattande amerikanska studier fastslås i en rapport att de kontrollsystem som kan förbindas med bättre kvalitet i sjukvården i allt väsentligt har skapats av läkarna själva. De har inte tillkommit genom administrativa regler från en ledning eller från överordnade myndigheter.³⁸

De tre metoderna karakteriseras i tabell 15:1.

Tabell 15:1 Nobelpristagar-, polis- och dialogmetoderna

<i>Nobelpristagarmetoden</i>	<i>Polismetoden</i>	<i>Dialogmetoden</i>
Belöningar vid kvalitetsförbättringar	Sanktioner vid dålig kvalitet	Förtroendeskapande
Fokus på möjligheter	Fokus på undermålighet	Betoning av korta kontaktvägar
Visa de möjligheter som finns	Dokumentera dålig kvalitet	Ömsesidighet Ge och ta
Fokus på varje individs stolthet	Fokus på ledningens kontrollansvar	Fokus på varje individs samvete och eget ansvar
Ge ideal att efterlikna	Ge varnande exempel	Ge tillfälle till samtal

Skilda begrepp – samma inriktning

En tendens är att kvalitetskontroll, utvärdering, förvaltningsrevision, verksamhetsanalys och andra former av uppföljning alltmer flyter samman. De får likartat syfte och innehåll. Under senare tid har tecken observerats på ointresse för ekonomisk siffergranskning. Gamla tiders "öreskontroll" är inte meningsfull. Ändå måste beloppsgranskningen ha sin givna roll i den administrativa verksamheten. Det gäller inte minst i en situation där decentralisering och målstyrning får allt större aktualitet. Om revisorer mer och mer förvandlas till internkonsulter finns risk att de får lojaliteter mot verksamhetsledningen.

Tre exempel

I det följande tas några praktiska exempel upp. Det första gäller kvalitetsstrygghet hos sjukvårdskoncernen Hospital Corporation of America. Det andra gäller administrativa projekt för kvalitet i svenska landsting. Det tredje gäller attityder till kvalitetsstrygghet.

Kvalitet hos Hospital Corporation of America

Den internationella sjukhuskoncernen Hospital Corporation of America (HCA) har väckt intresse genom sin tillämpning av de kontinuerliga förbättringarnas synsätt.⁸¹ Målet är att skapa arbetsmiljöer som stimulerar till att varje anställd söker förbättra sin insats. Det förutsätter tydlig personalpolitik och engagerat ledarskap. Viktigt är, säger företaget, att reducera intern konkurrens bland anställda genom att eliminera individuella prestationslöner och -premier.

Brister i kvaliteten anses till 95 procent som tecken på dåligt ledarskap eller dålig organisation. Bara fem procent av felen bedöms som hänförliga till den enskilde medarbetaren. Man betonar starkt vikten av att med hjälp av diagram, flödeskartor, förloppsscheman etc fastställa kvaliteten. Den måste göras mätbar, tydlig och synlig.

Metoden för kvalitetsförbättring är enkel. För det första gäller det att identifiera den struktur, den process eller det resultat som ska förbättras. För det andra måste man organisera ett team som har insikt i verksamheten och som kan överblicka tillgänglig kunskap inom området. Nästa steg är att förstå skälen till kvalitetsvariationerna i processen – att samla data. Sedan gäller det att i samarbete genomföra nödvändiga åtgärder, följa upp och låta processen fortgå.

Arbetet med att förbättra kvaliteten innebär nära samarbete med leverantörer. Konkurrerande anbud inhämtas för en lång rad servicetjänster men man vill inte, i motsats till en del andra amerikanska sjukhus, infordra löpande offerter med åtföljande täta leverantörsbyten eller omorganisationer. I stället söker man bygga upp långsiktiga relationer så att kvaliteten kan bli god och jämn.

Vid HCA granskar grupper av läkare och andra systematiskt varje område som kan förbättras, t ex minska kejsarsnitten eller komplikationerna. I stället för: "Gör vi bättre ifrån oss än våra konkurrenter?" frågar man: "Har vi gjort

bättre ifrån oss i den här perioden än i den förra? Vet vi vad vi vill uppnå med patienterna?" Det finns en anspråkslöshet i attityden: "Vi ser oss som nybörjare."

Det skulle vara lätt för företaget, säger Edward McEachern och Duncan Neuhauser,⁸¹ att bygga en hierarki av kvalitetskontroll. Det önskar man inte. Tonvikten ligger i stället på varje anställds eget ansvar. I servicearbete och speciellt inom kunskapsorganisationer kan kvalitet aldrig uppnås genom inspektion, menar man. Den måste innefattas som en naturlig del i varje medarbetares verksamhet. Övergripande kvalitetsanalys görs av en utomstående forskningsorganisation med vilken HCA har långtidskontrakt.

Kvalitet hos landstingen

Varje landsting har administrativa projekt för bättre kvalitet i verksamheten. Det klargör ekonomen Björn Rombach i boken *Kvalitet i offentlig sektor*.⁷⁰ Beror det, frågar han, på att landstingen smittats av "förändringsvirus"? Bakom ser han bl a ett mode, en vilja att visa att man följer med sin tid. Finns också en genuin önskan om förbättringar? Att så är fallet torde stå klart. Projekten kan även ses som försök till politisk dirigering av en svårstyrd organisation. Möjligen är projekten också till för att underlätta rekryteringen av personal, menar Rombach.

Läkarprofessionen tycks närmast vara "besatt" av kvalitetsförbättringsarbete i rent teknisk bemärkelse, säger Rombach. Det administrativa släpar efter.

Den vanligaste administrativa metoden för att stimulera till reflexioner om kvalitet är patientenkäter, konstaterar Rombach. Majoriteten, 15 av 23 landsting, använder sig av denna metod. Därefter kommer sporadiska intervjuer, patientombudsmän eller personliga kontakter, som nio landsting lyfter fram i sina svar. Så följer jämförelser mellan distrikt eller enheter, köbevakning, utvärdering av organisatoriska lösningar och uppföljning av anmälningar till förtroendenämnden. Som helhet är listan tunn. Samma intryck ger Inga-Maja Rydholms inventering som omfattar 37 svenska sjukhus.⁸² Nu växer dock intresset.^{83,84,85,86}

Synpunkter på kvalitet

I en enkät har jag bett 28 studerande vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg om synpunkter på vårdkvalitet. Deras bakgrund är mångprofessionell: läkare, tandläkare, administratörer, sjuksköterskor m fl. Den första uppgiften var: "Gradera på en skala från noll till åtta hur viktigt du anser att kvalitetskontrollarbetet är i hälso- och sjukvården. Noll står för oviktigt, åtta för mycket viktigt." Medelvärdet i svaren låg på 7,5, vilket tyder på att området ansågs ha stor betydelse. Svaren på denna fråga och fjorton andra redovisas i bilaga 15:1.

Jag frågade vidare: "Antag att du har en miljon kronor att disponera för forskning. Du har tre områden som kan vara aktuella att studera: kostnadskontroll, decentralisering och kvalitetskontroll. Hur vill du fördela pengarna?" I svaren blev genomsnittet 500 000 kr för kvalitetskontroll, 300 000 kr för kostnadskontroll och 200 000 kr för decentralisering. Kommentarer har fogats

till svaren: "Från patientens synpunkt är kvalitetskontroll viktigast." – "De tre områdena hör samman." – "Mycket förarbete krävs om man vill nå en acceptabel standardnivå för kvalitet."

"Används kvalitetskontroll av något slag inom din verksamhet?" På den frågan gavs tjugotvå ja-svar, fem nej-svar och ett "tja". Även kommentaren att "definitionen av kvalitetskontroll är oklar" förekom. Flera som svarat "ja" säger att arbetet nyss påbörjats och ännu inte funnit sin form eller gett resultat.

Vilken är då den vanligaste kvalitetskontrollmetoden? Följande nämndes: Patientenkäter, familjeenkäter, "patient care audit", "nursing audit", vårdprogram, utvecklingssamtal för personalen i syfte att höja arbetsmoralen, verksamhetsplan, mål- och tidsuppföljning, jämförelser med andra, stickprovskontroll, konkurrens och kriterier på vårdprocessen. Man nämnde även diskussioner i samband med klagomål från patienter och anhöriga.

"Den svagaste länken bestämmer kvaliteten. Görs analyser i din verksamhet för att få fram vilken denna är?" Här svarade tjugo nej, fem ja och två menade att det beror på definitionerna. Vad görs då för att förbättra kvaliteten i "den svagaste länken"? Här nämndes efterutbildning, fortbildning, jämförelser med andra kliniker och sjukhus och att ha mera erfarna medarbetare vid "fronten". "Behålla de något äldre vid bedside", "göra forskning och utvecklingsarbete till vardag på kliniker och vårdcentraler och fortlöpande diskutera hur vi kan göra det som vi gör ännu bättre" var några andra svar.

Ledarskapets betydelse

Det grundläggande spørsmålet vid all utvärdering är vad vi är beredda att göra om resultatet visar sig vara sämre än vad som kan anses godtagbart. Bara om det finns mod och beredskap för att vidta åtgärder är utvärdering meningsfull. Att åtgärda är framför allt en fråga om ledarskap.

"Hur gör du som ledare", frågar jag en eldsjäl, "för att skapa en organisationskultur för kvalitet?" "Jag utnyttjar statistik och praktikfall, mål och pedagogik, men framför allt begagnar jag mig av alla tänkbara knep och hjälpmedel i mitt ledarskap. Dit hör en stor portion envishet och humor, kroppsspråket inklusive rösten och så 'karisma', i den mån jag nu besitter sådan".

Ett exempel på vad ledarskapet betyder:

Lång väntan på höftledsplastik är ett lidande för patienterna och ett bekymmer för politikerna. När köerna blir årslånga kan de inte godtas.

Chefen vid en större ortopedkirurgisk klinik startade ett projekt i syfte att med minimal ökning av resurserna förkorta väntetiderna. Ett första steg var att aktualisera väntelistorna. Det var viktigt att avföra patienter utan fortsatt behov av eller intresse för ett ingrepp. Ett andra steg var att inbjuda patienterna till att börja träningsprogram i öppen vård en vecka före inläggningen med sikte på en kort, aktiv sjukhusvistelse och fortsatt hög grad av aktivitet efter operationen. Tredje steget var att skapa sådana rutiner inom operationsavdelningen att intervallet mellan operationerna minimeras inom ramen för god hygien.

Sedan projektet startade har antalet operationer per vecka i det när-

maste fördubblats. Sjukhusvistelserna har avsevärt förkortats. Kostnaderna per patient har reducerats.⁸⁷ Personalen har blivit nöjdare trots merarbetet. Hemligheten bakom framgången ligger som så ofta i ett engagerat ledarskap som lockar fram det bästa hos medarbetarna. Forskning visar att personalen vid sjukhus med kortare vårdtider kände större tillfredsställelse i arbetet än personalen vid sjukhus där patienterna låg inne längre för samma sjukdom: "Ju ruschigare desto trivsammare".⁸⁸

Mitt antagande inledningsvis var att bättre prioritering, organisation och ledarskap är viktigare för kvalitet i dagens sjukvård än ökade anslag. Nyckeln till bättre sjukvård är ett ledarskap som bygger in kvalitetstänkandet som en naturlig del i organisationskulturen. Samtidigt ligger det från kreativitetssynpunkt en fara i att ledare överdrivet söker förhindra fel. När IBM på 1970-talet fick problem med ett ofullgånget datasystem infördes rigorös kontroll för att pröva varje ny produkt. Rutinerna gjorde att nyskaparna vantrivdes och slutade ta risker. Kontrollen hindrade fel av tidigare slag men höll på att göra företaget impotent när det gällde att utveckla nya produkter.

Ledarskap är att låta folk känna och förstå att de behövs. Det är att låta det goda hos människorna komma till uttryck i en insats för livskvalitet. Ledarskap är i grunden inte en uppgift för enbart några få. Var och en som har en uppgift vilken innebär samordning, är på sitt sätt en ledare.

I filosofin för teknikföretaget SkalteK i Kungsängen ingår att var och en tar ansvar för sitt jobb – allt ifrån administration till städarbete. Där finns inga kvalitetskontrollanter, inga verkmästare som granskar vad andra gör. "Kvalitetskontroll är människokontroll, och det passar inte kreativa människor", menar grundaren Öysten Skalleberg. I stället fästs vikt vid de enskilda medarbetarnas etik, deras värderingar, lojalitet och samvetskänsla.

Sjukvård – att lita på?

Kan vi då lita på sjukvården? Ja, i betydande grad. Den har som helhet kunnig personal och bra teknologi, men det behövs medvetna patienter som inte söker vård i onödan och såvitt möjligt vet något om sjukdomen eller söker skaffa sig kunskap.

När sjukvården trots allt inte är att lita på, vilka är då orsakerna? Det finns flera skäl till att samspelet mellan människa och teknik inte alltid håller måttet. Det som görs kan vara

- irrelevant och onödigt då samma resultat kan uppnås med enklare medel,
- ineffektivt då resurser tas från andra, mer fruktbara aktiviteter,
- osäkert då riskerna för komplikationer är större än den förväntade nyttan av insatsen,
- meningslöst då patientens tillstånd är utom möjlighet till förbättring, och
- grymt då kvaliteten på det liv som blir följden är orimligt dålig.⁸⁹

Det finns inga krav på att de metoder som tillämpas ska vara dokumenterade i förhållande till nytta och resultat. Det krävs, menar kritikerna, inte ens dokumentation på att de medicinska metoderna hjälper.⁵⁷ Ännu 1993 inopereras i Sverige oprövat material – inga legala hinder finns. Överkänslighetsreaktioner och andra problem uppstår. Det bedrivs heller ingen systematisk uppföljning på bred bas av hur det går för skilda grupper av patienter efter den behandling de får. Inför framtiden förtjänar kvalitetsfrågorna större uppmärksamhet än hittills.

Vård i "tillitsbristens" epok kommer i allt mindre grad att kunna kvalitetskontrolleras genom inspektion. Större vikt måste i stället läggas vid gemensamma synsätt, kontinuerlig utveckling och personligt ansvar. Dialog om hur var och en kan bidra till bättre vårdkvalitet och därmed även till bättre livskvalitet blir alltmer angelägen.

En översikt över kvalitetsmål och metoder för kvalitetssäkring finns i tabell 15:2.

Tabell 15:2 Kvalitetsmål och metoder

<i>Kvalitetsmål</i>	<i>Struktur</i>	<i>Process</i>	<i>Resultat</i>
Tillgänglighet	Öppethållande Telefontider Upprinningspraxis Avgifter	Utvecklingssamtal Planering Prioritering Serviceattityder	Korta väntetider Rimliga köer
Relevans	Organizational audit Bemanning	Peer review Hospital discharge analys Medical audit Nursing audit Patient audit Utbildning	"Rätta" patienter "Rätt" personal- kategori "Rätta" åtgärder i rätt tid Kontinuitet
Jämlikhet	Åtgärder riktade till under- privilegierade	Fortlöpande uppfölj- ning av hur skilda grupper betjänas	Resultatlikhet för skilda samhälls- grupper
Socialt godtagande	Informationssystem	Kommunikation	Positiva attityder
Produktivitet och ekonomi	Arbets-, ansvars- och befogenhets- fördelning	Diagnosrelaterad prestationsanalys Konsensusanalyser	Kostnad per prestation Besök per tidsenhet Small area variation analys
Effektivitet	Teknologivärdering	Kvalitetscirklar Cost-benefit-, cost- effectiveness- och cost-utility-analyser	Nådda mål i rela- tion till resurserna Folkhälsodata Livskvalitet Hälsovägda levnadsår (QUALY)

Diskutera

1. Antag att Du är ansvarig chef för en sjukvårdsverksamhet som ska utveckla ett kvalitetssystem. Vilka moment vill Du lägga särskild vikt vid, och varför?
 2. Egenkontroll kan definieras som den enskildes åtgärder för att säkra att verksamheten planläggs, utförs och underhålls i enlighet med accepterade professionella normer och krav. Diskutera skillnader mellan kvalitets-säkring och egenkontroll.
 3. Internkontroll innebär att tillse att krav enligt lag och föreskrifter hålls. Vilka moment kräver särskild uppmärksamhet vid internkontroll respektive egenkontroll?
 4. Tre metoder för att förbättra kvalitet är: "nobelpristagarmetoden", "polismetoden" och "dialogmetoden". Diskutera i vilka situationer eller under vilka omständigheter som var och en av dessa är lämplig att använda.
 5. Självevaluering eller externeuvaluering – vilka är fördelarna, vilka är nackdelarna?
 6. Vid en sjukhuskoncern, Hospital Corporation of America, anses brister i kvaliteten till 95 procent ha samband med dåligt ledarskap eller organisation. Diskutera ledarskapets roll för kvaliteten.
 7. När IBM på 1970-talet fick problem med sitt "system 360" infördes enligt uppgift metoder för kvalitetskontroll som visserligen förhindrade fel av det tidigare slaget men som gjorde att praktiskt taget ingen vågade ta risker. Vad är "acceptabel risk", sett ur ledningsperspektiv?
 8. Vilka är Dina egna erfarenheter när det gäller metoder för att förbättra kvalitet?
 9. I vilken mån är det möjligt att begränsa utbudet av undersökningar och behandlingar till sådana som har bedömts hålla tillfredsställande vetenskaplig klass?
 10. Vilken information behöver en patient för att kunna fungera som upplyst konsument och kund?
-

Bilaga 15:1 Synpunkter på kvalitet

Här presenteras medelvärden vid svar från 28 studerande med flerprofessionell bakgrund vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg 1990.

Fråga 1. Gradera på en skala från noll till åtta hur viktigt du anser att kvalitetskontroll är i hälso- och sjukvården.

0	7,5	8
Oviktigt		Viktigt

Fråga 2. Hur bekant är du med patientenkäter?

0	5,5	8
Obekant		Välbekant

Fråga 3. Hur bekant är du med nursing care audit?

0	3,7	8
Obekant		Välbekant

Fråga 4. Hur bekant är du med medical audit?

0	3,5	8
Obekant		Välbekant

Fråga 5. Hur bekant är du med patient audit?

0	2,7	8
Obekant		Välbekant

Fråga 6. Vad anser du om följande påstående: "För att förbättra kvaliteten måste målet vara noll fel, inom de givna resursernas ram."

0	2,2	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 7. Vad anser du om följande påstående: "För att förbättra kvaliteten behöver standarder och gränser anges för acceptabel variation."

0	7,0	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 8. Vad anser du om följande påstående: "Om kvaliteten ska förbättras gäller det i första hand att ge belöningar av ett eller annat slag när resultatet är positivt."

0	5,6	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 9. Vad anser du om följande påstående: "Om kvaliteten ska förbättras gäller det i första hand att lyfta fram avskräckande exempel."

0	1,5	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 10. Vad anser du om följande påstående: "Om kvaliteten ska förbättras gäller det i första hand att få till stånd dialog i verksamheten om metoderna."

0	7,4	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 11. Vad anser du om följande påstående: "För att förbättra kvaliteten i verksamheten gäller det att få fram bättre kontrollmetoder."

0	6,2	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 12. Vad anser du om följande påstående: "För att förbättra kvaliteten i verksamheten gäller det att öka personalens motivation i arbetet."

0	7,3	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 13. Vad anser du om följande påstående: "Det är först när massmedia lyfter fram något misslyckat fall som diskussioner om kvalitet på allvar kommer till stånd."

0	3,8	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 14. Vad anser du om följande påstående: "Ansvarsnämnden har avgörande betydelse för vad som ska anses vara kvalitet i hälso- och sjukvården."

0	3,5	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Fråga 15. Vad anser du om följande påstående: "Det föreligger brist på positiva incitament i hälso- och sjukvården för kvalitetsförbättringar."

0	5,5	8
Instämmer inte		Instämmer starkt

Bilaga 15:2 Mål och medel

Denna bilaga relaterar de sex kvalitetsdimensioner eller mål som ovan tagits upp till tre grupper av medel: strukturåtgärder, processåtgärder och resultatåtgärder.

Förbättrad tillgänglighet

Strukturåtgärder

Hur långa är väntetiderna vid skilda verksamheter och för olika slag av åtgärder?

Överstiger väntetiderna det medicinskt acceptabla?

Var finns flaskhalsar som hindrar ökad tillgänglighet?

Var bör enheterna vara lokaliserade för godtagbar tillgänglighet?

Bör öppettiderna ändras?

Kan läkarnas scheman och jourorganisation anpassas bättre till efterfrågan?

Processåtgärder

Vad kan göras för att få bort existerande flaskhalsar?

Kan telefonrådgivningen utökas, användas bättre och bidra till större tillgänglighet?

I vilken mån kan arbetsvidgning ske (fler arbetsuppgifter till en och samma personalkategori) i syfte att öka tillgängligheten?

Kan en större del av de nödvändiga ingreppen göras i ambulansvård eller i korttidsvård?

Kan hembesök och hemsjukvård användas i större utsträckning som alternativ?

Vilka personalgrupper är alldeles nödvändiga, vilka är bara "önskvärda" i verksamheten?

Resultatåtgärder

Vad anser patienterna om tillgängligheten? Förändras tillgängligheten över tiden?

Ökad relevans

Strukturåtgärder

Hur stor del av patienterna i slutenvård är "klinikfärdiga"?

Vad vet vi om sjukvårdsorsakade problem hos patienterna?

Hur är proportionen mellan nybesök och återbesök i öppen vård?

I vilken mån finns alternativ till återbesök hos läkare?

Hur stor del av resurserna går till skilda kategorier av patienter?

Finns skäl överväga annan prioritering?

Processåtgärder

Finns risk att patienter "medikaliseras" genom att medicinska faktorer ges för stor vikt?

Vad görs för att få ut "klinikfärdiga" patienter från slutenvård?

Vad vet vi om de icke tillgodosedda behoven?

Vilken betoning finns av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete?

Hur väl är det gjort för medicinsk revision och revision av sjuksköterskearbetet?

Hur kan processer startas som innebär fortlöpande kritisk och konstruktiv analys av resultat?

Hur få ökat genomslag för tillämpning av nya forskningsresultat, konsensusrapporter etc?

Får unga, nya medarbetare fortlöpande handledning?

Vidtas erforderliga åtgärder i organisationen för att skapa god och jämn kvalitet?

Tas "det pedagogiska" ledarskapets möjligheter för kvalitetsförbättring till vara?

Ger administrationen erforderligt stöd och stimulans för att förbättra kvaliteten i verksamheten, eller fungerar den i stället som "förtrycksapparat"?

Görs fortlöpande analyser av den administrativa servicens kvalitet?

Resultatåtgärder

I vilken mån kan kollegial revision ske av verksamheten?

Hur stor del av patienterna råkar ut för infektioner eller andra komplikationer?

Tycker patienterna att de får tillräcklig information?

Tycker personalen att den ger tillräcklig information?

Har vi data om säkerheten i de diagnostiska undersökningarna?

Görs fortlöpande analyser av resultat? Följs de upp med kvalitetsförbättrande åtgärder?

Får personalen uppmuntran, erkännande och belöning för goda resultat?

Bättre effektivitet

Strukturåtgärder

I vilken mån finns systematisk uppföljning av verksamhetens resultat i form av livskvalitet, oberoende etc?

Relateras kostnader till resultat?

Vilken kunskap finns om det nödvändiga i de åtgärder som vidtas?

I vilken utsträckning är personalen inställd på patienten som helhet; i vilken mån enbart på sjukdomen?

Hur stor är omsättningen av personal? Vad kan göras för att minska icke önskvärd personalomsättning?

Hur stor är sjukskrivningen bland personalen? Vad kan göras för att minska den?

Är fördelningen av arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter adekvat?

Kan "plattare" organisation med färre hierarkiska nivåer skapas?

Äger personalutvecklingssamtal rum regelbundet? Får medarbetarna tillfälle att ge sina synpunkter på chefens sätt att leda?

Processåtgärder

Hur är personalens motivation?

I vilken mån förlamas verksamheten av interna konflikter och revirstrider?

Vad kan göras för att minska professionell isolering? Vilka samarbetsformer finns inom verksamheten? Vilka kan anses nödvändiga?

I vilken utsträckning tillåts sammanträden bli "tidstjuvar"?

Hur kan vidareutbildning komma till stånd och fortbildning ske?

Kan och bör standarder tas fram när det gäller kvalitet inom skilda områden? Bör de ges formen av funktionskrav?

I vilken mån kan begreppet "total kvalitet" ges konkret innebörd i verksamheten?

Finns ledare med tillräcklig kompetens att ge sig i kast med olikheter och ojämnheter i verksamhetens kvalitet?

Finns tillräcklig kunskap om vad som ska göras i en kris- eller katastrofsituation?

Godtagbar jämlikhet

Strukturåtgärder

Ges vård "på lika villkor" för "hela befolkningen"?

Vilken är "Askungen" i verksamheten, den med låg status? Kan något göras för att ändra förhållandet?

Vilken patientgrupp har rollen som "Svarte Petter", den som undviks? Vad kan göras?

Finns "free riders" i verksamheten?

Förekommer vuxenmobbing? Vad kan göras för att den ska förhindras?

Finns grupper som tillskansar sig vad som kan betraktas som otillbörliga förmåner genom taktiska och strategiska finter och "maximalakustik"?

Finns grupper för vilka sjukvården blivit en "drog"?

Får alla chansen att bidra till verksamhetens utveckling?

Processåtgärder

Tas i tillräcklig grad jämlikhetsaspekterna upp i kontinuerlig utbildning och fortbildning och i löpande samtal inom enheterna?

Tas tillräcklig hänsyn till den stressituation som många patienter befinner sig i?

Klargörs patientens egen rätt att välja och att avstå?

Används hälsopedagogiska metoder för att ge även "livsmissbrukarna" en chans till förändring i levnadsvanorna? Finns samarbete med frivilligorganisationer, socialt nätverk, socialtjänst etc för att stödja underprivilegerade?

Resultatåtgärder

Vilken ledningsberedskap finns med uppgift att göra något för den händelse jämlikhetsmålet inte uppfylls?

Ökat socialt godtagande

Strukturåtgärder

Är all personal informerad om kravet att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten?

Får patienten upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds?

Tas tillräcklig hänsyn till patientens religiösa uppfattningar och trosföreställningar?

Processåtgärder

Finns kontinuerlig fortbildning som stimulerar till inlevelse i patientens situation?

Instrueras personalen om vilket bemötande som är önskvärt i skilda situationer gentemot patienten?

Ges information på ett sätt som patienten – i många fall gammal, svag och under stress – kan ta till sig?

Resultatåtgärder

Hur hanteras klagomål?

Görs kontinuerliga studier angående hur patienten upplever vården?

Systematiseras kunskapen, förs den vidare?

Resulterar den i handling?

Produktivitet och ekonomi

Strukturåtgärder

Finns nödvändig kunskap om vad skilda delar av verksamheten kostar?

Är tänkandet bakom begreppet "alternativkostnad" bekant för medarbetarna?

Diskuteras samhällskostnader i samband med köer och väntetider?

Förekommer det "patientbortfall" vid mottagningarna som gör att viss överbokning kan vara rimlig?

Finns en tendens att risker i samband med åtgärder underskattas och att chanser överskattas?

Hur är variationerna under dagen, veckan och året i arbetsbelastning?

Kan arbetstider och scheman bättre anpassas efter variationerna?

Kan vårdtiderna för skilda diagnoser och åldersgrupper anses godtagbara?

Processåtgärder

Tas personalens kreativitet, deras dolda resurser för förbättringar till vara?

Är samarbetet med anhöriga, vänner, hemtjänst, hemsjukvård, socialtjänst och rehabilitering tillfredsställande? Kan samarbetet mellan primärvård och sekundärvård förbättras, för större effektivitet och rimligare totalkostnader?

Hur kan intresset för ekonomi och effektivitetsfrågor stimuleras hos medarbetarna?

Resultatåtgärder

Bekantgörs ekonomiska restriktioner och ekonomiskt utfall för personalen på begripligt och intresseväckande sätt?

Finns incitament till produktivitet, effektivitet och ekonomi?

Litteratur

- ¹ *Nyfiken? Hälso- och sjukvården får ris och ros av allmänheten*, Stockholm: Landstingsförbundet, 1988.
- ² Cedergrén, L., *Patienterna svarar. Patienternas syn på vårdkvaliteten*, Stockholm: Spri rapport 271, 1989.
- ³ "Contempo' issue", *Journal of American Medical Association*, 1990;263:19, 2619–2687.
- ⁴ *Kvalitetssäkring i kirurgi och anesthesiologi*, Stockholm: Spri rapport 289, 1990.
- ⁵ Hall, P., Hasselgrén, A.M., Holmberg, S., Ramgren, O., Wallenström, M. och Reizenstein, P. (red), *Utvärdering av prestationer och kvalitet i sjukvården*, Erfarenheter från en kongress i Stockholm i juni 1990, Stockholm: ISQA, Hematologlaboratoriet, Karolinska sjukhuset, 1990 (mimeo). Se även Reizenstein, P., *Kvalitetssäkring av vården. En kursbok om vårdens kvalitet och kostnader*, Stockholm: SNS Förlag, 1992.
- ⁶ "Svensk standard – ISO 9000", Kompendium, Stockholm: Svensk standard, 1992.
- ⁷ Edvardsson, B. och Thomasson, B., *Kvalitetsutveckling – ett management perspektiv*, Lund: Studentlitteratur, 1991.
- ⁸ Lundquist, L., *Byråkratisk etik*, Lund: Studentlitteratur, 1988.
- ⁹ Le Boeuf, M., *Rätt belöning. Den främsta ledarprincipen*, Stockholm: Liber, 1986.
- ¹⁰ Laffel, G. och Blumenthal, D., "The case for using industrial quality management science in health care organizations", *Journal of the American Medical Association*, 1989;262, 2869–2873.
- ¹¹ Eisenberg, J.M., "Clinical economics. A guide to the economic analysis of clinical practices", *Journal of the American Medical Association*, 1989;262, 2879–2886.
- ¹² Banta, H.D. och Thacker, S.B., "The case for reassessment of health care technology", *Journal of American Medical Association*, 1990;264:2, 235–240.
- ¹³ Defever, M. och Blanpain, J.E., *Towards total quality in health care*, Bryssel: European Health Policy Forum, 1990 (mimeo).
- ¹⁴ Collard, R., *Total quality. Success through people*, London: Institute of Personnel Management, 1989.
- ¹⁵ *Inhouse advanced development and research. Space station human factors research review*, Proceedings of a workshop held at Ames Research Center, Moffett Field, California, 3–6 december 1985, Springfield: National Technical Information Service (NTIS), 1988.
- ¹⁶ Berwick, D.M., "Continuous improvement as an ideal in health care", *New England Journal of Medicine*, 1989;320, 53–56.
- ¹⁷ Deming, W.E., *Quality, productivity, and competitive position*, Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1982.
- ¹⁸ Deming, W.E., *Out of the crisis*, Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1986.
- ¹⁹ Juran, J.M., *Managerial breakthrough*, New York: McGraw-Hill, 1964.
- ²⁰ Imai, M., *Kaizen: the key to Japanese competitive success*, New York: Random House, 1986.
- ²¹ Maxwell, R.J., "Quality assessment in health", *British Medical Journal*, 1984; 288, 1470–1471.
- ²² Kvist, M., *Telephone contacts in Finnish urban general practice*, Åbo: Åbo universitet, 1991 (diss).
- ²³ Marklund, B., *Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek. Omfattning, innehåll och utvärdering med särskild tonvikt på vårdcentralernas telefonrådgivning*, Göteborg: Göteborgs universitet, 1990 (diss).
- ²⁴ Magnusson, G., *Excessive use of medical care or rational patient behaviour? A study of a large hospital emergency department*, Stockholm: Karolinska institutet, 1980.
- ²⁵ Olovsson, L., *Vård på lika villkor. Skillnader mellan kommunerna inom ett landsting*, Stockholm: Socialstyrelsen redovisar, 1983:6.
- ²⁶ Vladek, B.C., "Hospital prospective payment and the quality of care", *New England Journal of Medicine*, 1988;319, 1411–1413.
- ²⁷ Söderström, L., *Sjukvårdens finansiering*, Stockholm: Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret, 1990:10.
- ²⁸ Lindgren, A-M., "Låg tillväxt ofrånkomlig. Tjänstesamhället ställer krav på lägre

- konsumtionsökning", *Dagens Nyheter*, 12 februari 1991.
- ²⁹ Lindegård, B., "Storkonsumenter av slutten kroppssjukvård", *Läkartidningen*, 1972;69, 2310-4.
- ³⁰ Kaaresen, R. et al, "Resource-consumption in the postoperative and intensive care unit", i Evander, A. (red), *Surgical efficiency and economy. A world conference program abstracts*, Lund: Lunds universitet, kirurgavdelningen, 1987.
- ³¹ Färdigbehandlade patienter inom somatisk akutvård 21 mars 1990, Stockholm: Landstingsförbundet, 1990.
- ³² Anderson, O.W., "PRSOs, the medical profession and the public interest", *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 1976;379-388.
- ³³ Udén, G. *Säkrare vård, en analys av patientolycksfall*, Lund: Lunds universitet, 1986.
- ³⁴ Svensson, M.-L., Rundgren, Å., Larsson, M., Odén, A., Sund, V. och Landahl, S., "Accidents in the institutionalized elderly: a risk analysis", *Aging* 1991;3:181-192.
- ³⁵ Bygren, L.-O., *Met and unmet needs for social and medical services*, Stockholm: Karolinska institutet, 1974.
- ³⁶ Bernstein, S.J., Kosecoff, J.B., Gray, D., Hampton, J.R. och Brook, R.H., "Appropriateness of coronary angiography and coronary artery bypass surgery in the United Kingdom", i *Quality in Health Care. International Conference, ISQA*, 17-20 juni, 1990.
- ³⁷ Hansagi, H., *Non-urgent and heavy use of the emergency department*, Stockholm: Department of Medicine and Social Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm 1989.
- ³⁸ Flood, A.B. och Scott, W.E., *Hospital structure and performance*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1989.
- ³⁹ Spitzer, W.O., Sackett, D.L., Sibley, J.C., Roberts, R.S. et al, "The Burlington randomized trial of the nurse practitioner", *N Engl J of Med*, 1974;290, 251-256.
- ⁴⁰ Höjvik, B. och Reiertsen, O., *Kvalitet i kirurgien*, Oslo: Statens rasjonaliseringsdirektorat, 1983.
- ⁴¹ Nilsson, S., Rosén, B., Rosén, M. och Svärdsudd, K., "Monitoring quality in surgery", *Quality in Health Care. International Conference ISQA*, 17-20 juni, 1990.
- ⁴² Johansen, Ö. m fl, *Kirurgiske pasientkomplikasjoner i et norsk sentralsykehus*, Oslo: Statens rasjonaliseringsdirektorat, 1984.
- ⁴³ Schwartz, F.W. och Selbman, H.K. (red), *Qualitätssicherungen ärztlicher Leistungen*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1981.
- ⁴⁴ *Practices. Nurse's reference library. Nursing -84*, Springhouse, Penn.: Springhouse Corporation, 1983.
- ⁴⁵ Buck, N., Devlin, H.B., Lunn, J.N., *The report of a confidential enquiry into peri-operative deaths*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust and King's Fund Publishing Office, 1989.
- ⁴⁶ Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R. et al, "The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practices Study I and II", *New England Journal of Medicine*, 1991;324, 370-384.
- ⁴⁷ Moore, T.J., *Heart failure*, New York: Random House, 1989.
- ⁴⁸ Dever, G.E.A., "An epidemiological model for health policy analysis", *Social Indicators Research*, 1976;2, 453-456.
- ⁴⁹ *Folkhälsorapport. Socialstyrelsen redovisar*, Stockholm: Socialstyrelsen, 1987:15.
- ⁵⁰ Byrne, O.J., Napier, A. och Cuschieri, A., "How informed is signed consent?", *British Medical Journal* 1988;296, 839-840.
- ⁵¹ *Politikerna och etiken i hälso- och sjukvården*, Bilagedel, Stockholm: Landstingsförbundet, 1989.
- ⁵² Goldhirsch, A. och Gelber, R., "Adjuvant treatment for early breast cancer: The Ludwig breast cancer studies", *National Cancer Institute Monographs*, 1986;l, 55-70.
- ⁵³ "Vetenskapligt råd till socialstyrelsen: Kvinnor med tidig bröstcancer bör informeras om alternativ behandling", *Läkartidningen*, 1982;79, 4513-5.
- ⁵⁴ Finansdepartementet, *Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980*, Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Stockholm: Ds Fi 1985:3.
- ⁵⁵ Granqvist, R., *Effektivitet och produktivitet i sjukvården*, Stockholm: Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet, R 1990:1.
- ⁵⁶ *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*, Washington, DC: Office of Technology Assessment, Publication OTA-H-75, 1978.

- ⁵⁷Robin, E., *Matters of life and death: risks vs. benefits of medical care*, New York: Freeman, 1984.
- ⁵⁸Donabedian, A., "Evaluating the quality of medical care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966;64, 166–206.
- ⁵⁹Fry, J. och Ressler, U., *Social revision av ett ämbetsverk*, Stockholm: Allmänna förlaget, 1988.
- ⁶⁰Accreditation (UK) – organizational audit, Quality assurance programme project, London: Kings Fund KFC:89/52, 1989.
- ⁶¹Starta kvalitetscirklar i vården, Stockholm: Spri rapport 265, 1989.
- ⁶²Holland, W.W. (red), *Evaluation of health care*, Oxford: Oxford University Press, 1983.
- ⁶³Jost, T., "Assuring the quality of medical practice. An international comparative study", London: Kings Fund KF Project paper 82, 1990.
- ⁶⁴Perry, S., "The NIH consensus development program: A decade later", *New England Journal of Medicine*, 1987;317, 485–488.
- ⁶⁵Park, R.E., Fink, A., Brook, R.H., Chassin, M.R., Kahn, K.L., Merrick, N.J., Koseoff, J. och Solomon, D.H., "Physician ratings of appropriate indications for six medical and surgical procedures", *American Journal of Public Health*, 1986;76, 766–772.
- ⁶⁶Lomas, J., Anderson, G., Enkin, M., Vayda, E., Roberts, R. och MacKinnon, B., "The role of evidence in the consensus process: Results from a Canadian consensus exercise". *Journal of American Medical Association*, 1988;259, 3001–3005.
- ⁶⁷Yates, J., *Why are we waiting? An analysis of hospital waiting lists*, Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ⁶⁸Jencks, S.F., "Quality assurance", *Journal of the American Medical Association*, 1990;263:19, 2679–2681.
- ⁶⁹Teeling Smith, G. (red), *Measuring health: a practical approach*. Chichester, Wiley, 1988.
- ⁷⁰Rombach, B., *Kvalitet i offentlig sektor*, Stockholm: Norstedts, 1990.
- ⁷¹Wennberg, J.E. och Gittelsohn, A., "Small area variations in health care delivery: A population based health information system can guide planning and regulatory decision making", *Science*, 1973;182, 1101–1109.
- ⁷²Wennberg, J.E. och Gittelsohn, A., "Variation in medical care among small areas", *Scientific American*, 1982;246, 100–102.
- ⁷³McPherson, K., "International differences in medical care practices", i *Health care systems in transition. The search for efficiency*, Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD Social policy studies No 7, 1990, 17–28.
- ⁷⁴Rosén, M., *Epidemiology in planning for health with special reference to regional epidemiology and the use of health registers*, Umeå: Umeå universitet, Spri, 1987.
- ⁷⁵Nilstun, T., *Expertbedömningar. Om teori, ideal och verklighet vid utvärdering av sektors-FOU*, Stockholm: Statens råd för byggnadsforskning, 1988.
- ⁷⁶Berwick, D.M., "Continuous improvement as an ideal in health care", *New England Journal of Medicine*, 1989;320:1, 53–56.
- ⁷⁷Andersson, B.G., "Vårdskador anmäls inte. Läkare slarvar med att rapportera felbehandlingar", *Dagens Nyheter*, 4 januari 1991.
- ⁷⁸Bauer, G. och Bergentz, S-E., "Avskaffa ansvarsnämnden", *Dagens Nyheter*, 29 januari 1991.
- ⁷⁹Their, S., *Edukativ organisationsutveckling och ledarskap i serviceinriktad verksamhet*, Helsingfors: Helsingfors universitet, 1990.
- ⁸⁰Garvin, D.A., *Managing quality: the strategic and competitive edge*, New York: Free Press, 1988.
- ⁸¹McEachern, J.E. och Neuhauser, D., "The continuous improvement of quality at the Hospital Corporation of America", *The Quarterly Journal of Health Services Management, Health Matrix*, 1989;VII:3, 5–11.
- ⁸²Rydholm, I-M., *Vårdadministration. Utveckling i nordiskt perspektiv*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1991 (mimeo). Se även Rydholm, J-M., "Att leda vård", Stockholm och Göteborg: SHSTF och NHV, 1992.
- ⁸³Reizenstein, P., *Kvalitetssäkring av vården. En kursbok om vårdens kvalitet och kostnader*, Stockholm: SNS Förlag, 1992.
- ⁸⁴Brommels, M., (red), *Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan och NOMESCO, 1991:7 (1991:37).
- ⁸⁵Øvretveit, J., *Health services quality. An introduction to quality methods for health*

services, Oxford: Blackwell Special Projects, 1992.

⁸⁶ *Kvalitetssystem i sjukvården. Kvalitetsrevision, ackreditering, kvalitetssäkring. Internationella erfarenheter*, Stockholm: Spri, 1992.

⁸⁷ Rydell, N. och Sjölander, U., "Project to increase surgical efficiency of total joint-replacement", i Evander A., *Surgical effi-*

ciency and economy. World conference, Lund: Lunds universitet, Kirurgavdelningen, 1987.

⁸⁸ Revans, R.W., *Standard for morale. Cause and effect in hospitals*, London: Oxford University Press, 1964.

⁸⁹ Jennett, B., *High technology medicine. Benefits and burdens*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.

16. Paradigmskifte i välfärdspolitik

Kunskapshistoria 295 • Definitioner 296
• *Utbredning 296 • Orsaker 297 • Symtom 299*
• *Prognos 300 • Diagnos 300 • Behandling 301*
• *Förebyggande 304 • Diskutera 306 • Litteratur 306*

Kunskapshistoria

De nordiska välfärdssystemen kan ses som solidaritetstankens yttersta triumf. De visar hur långt det varit möjligt att förändra samhället med folkmaktens politiska vilja som drivkraft.

I dag befinner sig systemen i hastig förändring. Krispaketet skär i välfärds-samhällets fundament. Frågan ställs i vilken mån det finns möjlighet att hålla fast vid förpliktelser enligt de mönster som byggts upp efter andra världskri-get. Hans Magnus Entzensbergers fråga får allt större aktualitet, om det allom-fattande välfärdssamhället var en godvädersonkonstruktion vars dolda politiska och moraliska kostnader kommer till synes först när tiderna hårdnar.¹

Ledande politiker deklarerade hösten 1992 att "landet är inte betjänt av att leva med en illusion av välfärdstrygghet från vaggan till graven". De vänder sig mot "kravsamhällets anställda gråterskor" som "paraderar förbi i medierna" så snart förändringar är på gång (Carl Bildt, föredrag i Falköping 19 oktober 1992, enligt referat i Dagens Nyheter).

Ett studium av nordisk social utveckling under vårt sekel illustrerar hur ung välfärdsstaten är. Se kapitel 6, "Etiska synpunkter på prioritering". Vid sekelskiftet var Nordens länder i stort sett "nattvaktarstater". Samhällets roll begränsades till yttre och inre säkerhet, plus fattighjälp. Vid mitten av 1930-talet började samhället engagera sig i konjunktur- och sysselsättningspolitik och trevande socialpolitik. Först vid mitten av 1950-talet började den moder-na välfärdsstaten på allvar slå igenom för att blomma ut mot mitten av 1960-talet. Grunden var ekonomisk tillväxt och hög grad av konsensus om det önskvärda i samhällets engagemang.

I den nordiska familjen var Danmark tidigt ute med omfattande väl-färdspolitiska ambitioner; också först med att i ekonomisk kris ifrågasät-ta omfattning och innehåll. Den norska välfärdspolitikerna liknar i relativt hög grad den danska. Sverige har gått längst när det gäller förmåner i samband med barn, pensionering och yrkesskador. Finland var när den ekonomiska krisen drabbade landet i början på 1990-talet på väg att med viss försening upprätta en mera allmänt nordisk välfärdspolitik. Så gick botten ur. "I dag har alla problem med att försörja sig själva".²

Välfärdstanken är inte en nordisk uppfinning. Bismarcks socialplan från 1870-talet markerar startpunkten för ett modernt tänkande där förmånerna framför allt relaterades till arbetet.

Definitioner

Paradigm betyder mönster, exempel eller modell. Begreppet används, efter Thomas Kuhn,³ om en problemlösning som accepteras som förebild för liknande problem och på så sätt skapar vetenskaplig tradition. Övergången från ett paradigm till ett annat sker genom kriser mot bakgrund av oenighet bland företrädare för det område det gäller. Ett nytt paradigm vinner och förtränger det gamla. Det nya kan inte logiskt härledas ur det föregående.

Välfärdsstat innebär ett samhälle där det offentliga har påtagit sig ansvar för att alla, oavsett insats eller förmåga, ska få tillgång till bestämda ekonomiska, sociala och kulturella förmåner.⁴ Det här är kanske mer en nordisk än en kontinental definition. En välfärdsstat kännetecknas generellt av större eller mindre ansatser till utjämning av materiella förmåner.

Ett av *välfärdsekonomin*s huvudproblem gäller hur man vet när ett ekonomiskt tillstånd är bättre än ett annat. *Pareto-principen* utgår från att detta existerar om minst en person är bättre ställd och ingen kommer sämre ut. *Pareto-optimalitet* betyder att förbättring inte är möjlig för någon utan att minst en får det sämre. Men begreppet anvisar ingen lösning. I praktiken får en avvägning ske där skilda gruppers intressen ställs mot varandra i prioriteringen.

Utbredning

Tre kriser i välfärdspolitiken har nått spridning: resurskrisen, funktionskrisen och legitimitetskrisen.

I flera nordiska länder sjunker produktionen, vi genomgår en *resurskris*. I Sverige är utvecklingen av BNP 1993 negativ för tredje året i rad. Det har inte inträffat tidigare under 1900-talet. En kollektiv paranoia hotar. Det blir allt tydligare att krisen inte är effekten av vanlig lågkonjunktur utan en systemkris. Kanske, spår pessimisterna, inledningen till en mer omfattande depression.

I välfärdssystemens omvärld observeras:

Svag internationell efterfrågan i förening med köpmotstånd och fallande privat konsumtion. Det leder till att allt fler företag hamnar på obestånd, går i konkurs eller tas över av banker. Staten är på väg att få en form av ägaransvar för stora delar av kreditmarknaden via räddningsaktioner.

Realräntan är hög. Det är svårt att få lån och att kunna finansiera dessa. Omfattande rationaliseringar sker inom industrin, som får allt färre sysselsatta. Också offentlig verksamhet friställer. Arbetslösheten når tidigare oanade toppar.

Växande problem uppstår när det gäller att täcka kostnaderna för de offentliga utgifterna. 1993 beräknas de i Sverige uppgå till 72 procent av

BNP. Som jämförelse kan nämnas siffran för 1991: 64 procent. Tidigare rekord var 67 procent efter andra oljekrisen 1982. Statsskuldens räntor fungerar som en gökunge som växer och för överblickbar framtid knuffar ut investeringar och angelägen verksamhet. Långsiktiga underskott ökar risken för en accelererande spiral.

Funktionskrisen inom vården har samband med monopolisering och ineffektivitet, överprofessionalisering och överinstitutionalisering. Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg hände följande mellan 1985 och 1989. Alla prestationer föll, vårddagarna med 14 procent, läkarbesöken med 6 procent, de sjukvårdande behandlingarna med 9 procent, antalet intagna med 6 procent och antalet vårdplatser med 8 procent. Då gick väl också kostnaderna ner? Inte alls. De steg i stället, från 1,3 till 1,8 miljarder kronor. Antalet anställda ökade från 7 400 till 7 900.

Utvecklingen för Göteborgs sjukvård är inte unik. I Stockholm budgeterades 1989 6,3 miljoner läkarbesök, men det utfördes bara 5,5 miljoner. Antalet vård dagar, som beräknades bli 4,1 miljoner, blev bara 3,4 miljoner. Kostnaderna i landstinget ökade mellan 1987 och 1989 med 34 procent och antalet anställda med 7 procent.⁵

Sjukvården skulle kunna organiseras bättre. Det viktiga är att vården nära patienten fungerar väl. Mindre betydelse har den politiska och administrativa organisationen, såvida den inte krånglar till den löpande verksamheten. Den som legat på sjukhus kan ha erfarenheten av att 58 personer går in och ut i rummet under ett dygn. Alla vänliga och rara, men organisationen ger intryck av förvirring.

Den tredje krisen, *legitimitetskrisen*, är i viss mån en generationsfråga. De som minns hur det var förr i tiden, med social nöd och förödmjukelse, håller på att dö ut. De som ser bristerna i dagens välfärdssystem blir allt fler. Systemen möts i växande utsträckning av skepsis från en allmänhet som inte godtar grunderna för deras konstruktion.

När regeringen 1992 satte stopp för länsstyrelsernas möjligheter att kontrollera det av allt att döma omfattande fusket med den statliga lönegarantin, när bostadsbidrag, vilka har utbetalats till följd av felaktiga uppgifter inte behöver betalas tillbaka och när taxemanipulation lämnas opåtalad förstärks legitimitetskrisen. Gapet växer mellan de styrande och de styrda. I hela Västeuropa genomgår det politiska ledarskapet en kris. Väljarnas förtroende för de styrande sjunker. Det här är den på sikt allvarligaste utvecklingen. Svängrummet ökar för antidemokratiska, rasistiska och extremistiska rörelser. Fortsatt stort förtroende observeras dock hos allmänheten för sjukvården.

Orsaker

Många faktorer ligger bakom krisen. En har att göra med *konjunkturerna*. De 3–4-åriga Kitchin-cyklerna, de 9–10-åriga Juglar-cyklerna och de 48–65-åriga Kondratieff-cyklerna tycks ha sitt bottenläge vid samma tidpunkt. Enligt en teori ligger innovationerna och den tekniska utvecklingen bakom de långa vågorna. Enligt en annan åsikt kommer först en generation som är besatt av de

dygder som framgången vilar på: flit, hederlighet, hushållning och företaganda. Produktionen och välståndet blommar. Nästa generation orkar inte hålla stånd mot rikedomens och välståndets frestelser. Samhällena börjar sprida pengar omkring sig som fulla sjömän. Inga projekt är för tokiga för att avstå från. Varannan generation hyllar flitiga Spara, varannan lättsinniga Slösa.⁶

En faktor bakom krisen kan sökas i kortsiktiga spekulationer på den politiska arenan, *överbudspolitikens vållust* i förening med terapeutisk aggressivitet hos välfärdsprofessionerna. Medborgaren har "klientifierats". Den demokratiska staten är snäll, en gammaldags onkel som vill oss väl. Politikerna i stat och kommun har jagat verkliga eller förmenta behov att motionera om. Häre ligger välfärdssamhällets "Moment 22". Staten och kommunen kan bara vara snäll mot ett fåtal. När staten och kommunen söker vara väldigt snäll och generös mot i stort sett alla dukar den under. Stimulanserna till arbete och sparande försvagas.

Det politiska systemet har skyddat sig självt genom att dela ut förmåner. *Förmånssystemen har anonymiserats*, de skapar inga bestående relationer. Människors kunskap när det gäller hur välfärdssystemen ska utnyttjas är stor. Vi arbetar exempelvis kortare tid på bättre arbetsplatser än någonsin. Samtidigt har anmälningarna om arbetsskador och förtidspensioneringarna ökat kraftigt. Arbetsfrånvaron har blivit så stor att man på Volvo sade att en förfärlig olycka som kunde drabba vårt företag vore om alla anställda plötsligt en dag infann sig på arbetet.

Liksom en förälder, som bara ger utan att kräva något tillbaka, urholkar barnens förmåga att själva lösa sina problem, har samhället skapat "huggsexans mentalitet". Den människosyn som präglat utvecklingen speglar föreställningen att individerna är offer för omständigheter utanför egen kontroll. När staten inte längre har råd som förr upptäckts att människan också har blivit ett "offer" – för välfärdsstaten.

På 1980-talet började reaktioner komma. Dels från vänster på grund av välfärdssystemens monolitiska uppbyggnad och förmynderskap. Dels från höger, kanske inte så intellektuellt formulerade, men med fokus på byråkrati, stelhet och "inlärld hjälplöshet". Kritiken togs inte på allvar förrän socialstaten började krackelera.

Den jämförande studie som utfördes på 1980-talet, det så kallade KRON-projektet, visar stora skillnader mellan de nordiska länderna i barn- och äldreomsorg, sjukvård, rättsväsende och arbetsförmedling. Genomgående hade Sverige högst utgifter, dock lägst när det gällde vägunderhåll.⁷

Tre begrepp som hänger nära samman med varandra och som har betydelse i välfärdssammanhang är *växelkurs, ränta och inflationstakt*. En viss växelkurs leder till en viss ränta och i långa loppet till en viss inflationstakt. Startar vi med en viss ränta leder denna till en viss växelkurs och en viss inflationstakt. Utgår vi från en viss inflationstakt leder denna till en viss ränta och en viss växelkurs, etc. Två av variablerna är alltid funktionen av den tredje. Men den ekonomiska politiken kan inte styra mer än en variabel. Om regeringen fixerar växelkursen kommer räntan att hamna på den nivå som den fasta växelkursen kräver. Svag ekonomi, stora underskott, hög skuldsättning och politisk osäkerhet

leder till osäkerhet om vilka växelkurserna kommer att bli och därmed till stigande räntor. När ett land håller en fast växelkurs bestämmer det inte självt över räntan. Den styrs av det internationella och nationella förtroendet för valutan. Stort förtroende ger låg ränta. Lågt förtroende ger hög ränta. Hög ränta ger ekonomisk stagnation och arbetslöshet.

Staten har försatt sig i ekonomisk vanmakt till följd av avregleringstänkandet. En hel disciplin, den så kallade public choice-skolan, har byggts på föreställningen att marknadslösningar utan offentliga regleringar generellt är bättre än problemlösningar i offentlig regi. Den skolan hedrades med ett ekonomipris till Nobels minne 1986.

Bumerangeffekter observeras på sociala livsvärden. Alternativ har saknats till det mikroekonomiska paradigmet där egennytta ställts i centrum. Det politiska systemet har överbelastats av förväntningar och orealistiska krav. Den representativa demokratis organisationsformer med sociala, korporativa och individuella påtryckningsgrupper har lett till en rättighetsfixering. Avsaknaden av tematiserade gränser för det offentliga engagemanget blir alltmer påtaglig. Också en fixering vid hedonistisk livsstil och normupplösning.

Keynes betonade på sin tid att marknadsekonomin saknar en inbyggd, självreglerande stabilitet. Därför måste samhället träda in. När Keynes manade till samhällslik handling var skatten 10–12 procent. Nu är den offentliga andelen sex gånger större. Stat och kommun har fått rollen som allmän mjölkossa. Samhället har åter blivit svagt, det saknar muskler. Vad som behövs är en relevant situationstolkning.

Politikerna kan inte bara lyssna på väljarna. De måste också peka på möjliga lösningar och skapa uppslutning kring dem. Det går inte att ta för givet att de goda politiska alternativen redan skulle föreligga i form av väljarnas preferenser.

1930-talets kris ledde fram till välfärdsstaten. 1990-talets kris är en kris för välfärdsstaten själv.

Symtom

Symtomen är många på att allt inte står väl till i välfärdssamhället. Något måste vara sjukt när snart sagt den enda industrigiganten som går bra är läkemedelsindustrin. Allt fler företag hamnar i "vågrätt tillstånd". Arbetslösheten är hög.

Våldet i samhället förefaller öka. Missbruk och kriminalitet förstärker problematiken. Ensamheten breder ut sig. Växande främlingskap gentemot flyktingar observeras i stora befolkningsgrupper.

I det svenska LO-kollektivet har 15–20 procent invandrarbakgrund. I den gruppen är arbetsskador och förtidspensionering starkt överrepresenterade, likaså konsumtionen av sjukvård. Ändå visar det sig att bland dem finns de största icke-tillgodosedda behoven av sjuk- och hälsovård. Vissa grupper klarar sig bra, t ex etniska kineser bland vietnameserna. För exempelvis tamiler och zigenare är anpassningen mer komplicerad.

Tre av fyra anser livet i vår del av världen vara mer riskfyllt nu än för 20 år sedan. Se kapitel 8, "Vad är acceptabel risk". Storskalighetens problem blir med tiden mera synliga: sårbarheten, den tekniska känsligheten, de sociala och miljömässiga problemen. De internationella beroendena ökar: företagsköpen och koncernbildningarna. Individen får inget grepp om vilka som håller i trådarna. En "tillitsbristens epok" förefaller hotande nära. Se kapitel 4, "Ohälsa igår, idag och imorgon".

Prognos

Internationellt kan man tala om *tre* välfärdsmodeller. De är den skandinaviska, den mellaneuropeiska och den amerikanska. De presenteras närmare i kapitel 6, "Etiska synpunkter på prioritering". Täckningsprincipen i den *skandinaviska* är medborgarskap. Om inkomst faller bort garanterar staten i stort sett en nivå som motsvarar "normal" standard. Den offentliga sektorn svarar väsentligen för den sociala tjänsteproduktionen. I Danmark finns mer av privata alternativ med i bilden, i Norge ännu fler. Den *mellaneuropeiska* modellen baseras på individuell status mot bakgrund av arbete eller annan ekonomisk aktivitet.

Den tredje är *USA-modellen*. Samma synsätt återfinns också i vissa medelhavsländer. Kriteriet för samhällets engagemang är väsentligen den enskildes fattigdom och nöd.

Vilken utveckling kan väntas för de nordiska ländernas del? Tecken finns på en utveckling i mellaneuropeisk riktning. Där har begreppet subsidiaritetsprincipen tillämpning. Den baseras på påven Pius XI:s sociallära från 1931 och utgår från fem nivåer för social omsorg. Se kapitel 6. I första hand ska den enskilde själv söka hantera sin situation, i sista hand ska stat och kommun komma in med stöd. Socialstaten har, säger kritikerna, i alltför hög grad vänt på ordningen. Inför framtiden torde diskussionen i hög grad komma att gälla subsidiaritetsprincipens möjligheter och tillämpning också inom den nordiska kulturkretsen.

Diagnos

I PC Jersilds roman *Grisjakten* möter vi byråkratsjälens Siljeberg och i *En levande själ* Ypsilon. Båda är klämda i den teknokratiska staten, resultatet av det moderna välfärdsprojektet. Det som nu händer är kvalitativt och kvantitativt annorlunda, obarmhärtigare.

Vilken är då diagnosen? Sjunkande produktivitet i de offentliga systemen. Växande administrativa kostnader. Psykiatriutredningen pekar på att direkt patientvård bara får 26 procent av vårdpersonalens arbetstid och indirekt patientvård 22 procent. Administration tar så mycket som 20 procent.⁸

Också i hemvård och hemsjukvård används en förhållandevis liten del av personalens arbetstid till direkt patientarbete. Incitamenten för hushållning har varit svaga. Ritva Gough pekar i en studie om "Hemhjälp till gamla"⁹ på att

"...utan att vilja det har man (i öppen vård) i hög grad återskapat förhållanden som liknar vårdinstitutionernas. En misstanke som slår en är att

själva institutionskaraktären (institutionaliseringseffekterna) mera ligger i arbetsorganisations- och arbetsledningsmönster än vad man tidigare tänkt sig... Effekten blir att vården – trots alla goda ambitioner – gör vårdtagare passiva, likgiltiga och deprimerade.”

Budget- och anslagstänkande har grasserat. Det har gällt att göra slut på pengarna lagom tills budgetåret är slut. Uppföljningen har varit dålig. Systemen har blivit stora och komplexa. Människor som ingen ser, ”försvinner”.

Man kan, med Hans Zetterberg, fråga om arbetet i vår kultur håller på att gå samma öde till mötes som religionen tidigare gjort för många: att avskärmats från livet och därigenom bli irrelevant för livet? Folk har upptäckt att de tycks klara sig lika bra om de inte går i kyrkan som om de går, så flertalet går inte. De anställda i välfärdssamhället upptäckte att de klarade sig lika bra om de var frånvarande som om de var närvarande på jobbet. Fler än var femte anställd har varit frånvarande på de större arbetsplatserna där teknik dominerar.

Vårdarbete är väl ändå mer stimulerande än många andra? Ändå har frånvaron inom exempelvis vaktmästeri och städning vid vissa stora sjukhus varit så hög som 50 procent.

Man kan tala om flera processer bakom utvecklingen. Beträffande allmänheten: från gemensamma intressen till att särintressen fått allt större vikt. Beträffande massmedia: från kritisk debatt till betoning av sensationer. I politiken: Från ”det goda samhället” till röstmaximering, från statsmannastyrning till ramlagarnas ”autopilotstyrning”, från expressivt till instrumentellt engagemang, från demokratisk till korporativ dirigering, från makt till avmakt.

Behandling

I den svenska regeringens krisproposition 1992 finns ett avsnitt om ”Åtgärder” som inleds på följande sätt:

”Regeringen och socialdemokraterna är eniga om att snarast tillsätta en beredning i syfte att genomföra en ny försäkringsmodell som innebär att sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna flyttas ut ur statsbudgeten. Genom denna förändring kommer verksamheten att bedrivas i ett system där underskott inte är möjliga. Härigenom uppnås att villkoren automatiskt anpassas till de ekonomiska förändringarna.”

De fem ansvarsbärande partierna deklarerar således att regering och riksdag inte klarar att balansera inkomster och utgifter för några centrala välfärdsområden. Om förmånerna behöver sänkas eller avgifterna höjas, så visar sig förändringarna inte möjliga att genomföra i tid för att hindra galopperande underskott. Det blir i stället arbetsgivarförningens uppgift att ta itu med problem som politikerna länge känt till men inte måktat lösa eller hantera. Ett paradigmskifte?

Den kritiska frågan är varför demokratin inte kan handla ansvarsfullt utan att tvingas. Bakom ligger ytterst frågan vilket samhällets uppdrag ska vara, vad som ger det existensberättigande och egenart.

Välfärdsstaten kan inte upphäva sambanden i grundskolans aritmetik. Ett

land kan inte i längden importera mer än det kan betala med exportintäkter. De offentliga budgetarna måste förr eller senare ha samklang mellan utgifter och inkomster. Det är inte en styrka utan en svaghet hos politiken om den bortser från ekonomiska realiteter.

Våra nordiska länder med sitt stora utlandsberoende behöver en industriell bas för välfärdspolitiken och en liberal handelspolitik. Att samtrimma ekonomiska och sociala krav förutsätter någon form av fredsordning på arbetsmarknaden, samverkan kring strukturrationalisering och samstämmighet kring möjliga lösningar.

När det gäller invandrarfrågorna finns en avsikt inom den europeiska gemenskapen att inte medge fri rörlighet för icke-europeer. Skälet är att man vill undvika social dumpning. I stället söker man få gemensamma regler för mottagande, medborgarskap och att motverka diskriminering. Behovet av mera generöst bistånd nära oroshärdarna kommer att få ökad uppmärksamhet så att folk så långt möjligt kan stanna kvar i sina länder.

De nordiska sparpaketen har i hög grad gällt ändringar i villkor och regler för hur statens medel tas in och omfördelas mellan skilda grupper av medborgare. De handlar till stor del om yttre effektivitet, vad staten ska utträta och hur skilda områden ska prioriteras. Viktig är också den inre effektiviteten, hur en given verksamhet ska bedrivas till minsta kostnad.

Är då marknadstänkande, köp- och säljssystem och privatisering en lösning? I princip är tävlan positiv. Men på sjukvårdens område finns skäl till viss skepsis. Se kapitel 13, "Marknadsstyra eller marknadsyra?"

I och för sig är privat produktionsform och offentlig finansiering en möjlighet som i många fall också är lämplig. Men i Nya Zeeland har den konservativa regeringen infört restriktioner mot överföring till privat ägande av offentligt drivna sjukhus. I England försäkrar den konservativa regeringen att sjukhusen inte ska privatiseras. I Kanada förbjuds privata försäkringar på områden som finansieras av det allmänna, som sjukvården. Det kanadensiska sjukvårdssystemet ligger, internationellt sett, i topp när det gäller allmänhetens förtroende. Se tabell 16:1.

Vad motiverar solidarisk finansiering av välfärdspolitik? Ett motiv är den så kallade *optionsefterfrågan*. Den tas upp i kapitel 14, "Hälsans nya pris". Att inneha en option innebär en rätt att någon gång i framtiden uppträda som "köpare". Även för kärnfriska människor har förekomsten av sjukvård ett optionsvärde, för vilket de är beredda att betala ett pris. Vi betalar för att sjukhusen och vårdcentralerna ska finnas om vi händelsevis skulle komma att behöva dem.

Större lyhördhet behövs hos myndigheter och vårdinstitutioner för vad ideella organisationer har att komma med. Det obetalda arbetet behöver bli mera synligt och behöver inte nödvändigtvis betyda oersatt arbete.¹¹ Kommuner efterlyser tankar, idéer, resurser och framtidsplaner från ideella organisationer. Flera kommuner börjar att centralt samordna frivilligarbetet. I vissa fall sker det i form av frivilligverksamhet kring hospice för döende. "Management of volunteers" är ett begrepp utomlands men i stort sätt okänt i Sverige. Värdet av de ideella insatserna är här utforskat, till skillnad mot flera andra länder.

Möjliggöranderelationen måste få större vikt. Den innebär att "jag ska hjäl-

Tabell 16:1 Attityder till vårdssystemet i tio länder, uttryckt i procent

	Mindre förändringar behövs	Grundläggande förändringar behövs	Fullständig rekonstruktion behövs	Utgifter per invånare i US dollar
Kanada	56	38	5	1 463
Nederländerna	47	46	5	1 041
Japan	29	47	6	915
Sverige	32	58	6	1 233
Frankrike	41	42	10	1 105
Västtyskland	41	35	13	1 093
Australien	34	43	17	939
Storbritannien	27	52	17	758
USA	10	60	29	2 051
Italien	12	46	40	841

Källa: Se not 10.

pa dig att lära saker som du inte kunde tidigare, så att du kan ta över uppgifter jag gjorde åt dig". Vi har fäst alltför stor vikt vid *avlastningsrelationen*, alltså att "jag gör saker för dig, så slipper du att göra dem och kan ägna dig åt annat". *Kreativitetsskvoten* behöver öka. Annars hotar den hjälplöshet som är den perspektivlösa människans yttersta lott.

De offentliga investeringarna i Sverige har minskat väsentligt de senaste årtiondena. 1990 var de nere i 3,9 procent av de offentliga utgifterna. De närmaste åren kan underhåll och ombyggnad av ålderdomshem, vägar, skolor, VA-nät etc, som tidigare missköts, ske till nära nog nollkostnad, samhällsekonomiskt sett. Stora värden för framtiden kan återskapas. Det brådskar med nya grepp för att minska den hälsofarliga arbetslösheten.

Aktuellt är någon form av nollbasbudget, att fråga: Vad är viktigt att ha kvar? Kanske sjukvård, äldreomsorg och omsorg om de allra svagaste grupperna. Se kapitel 7, "Etiska dilemman".

Managementteorins begrepp som målstyrning, profit centers och prestationslön har bara begränsad användning i välfärdsadministrationen. Risken är att förebyggandet hamnar i strykklasse medan lab och röntgen seglar upp att än mer än hittills bli "stjärnor". Se kapitel 13, "Marknadsstyra eller marknadsyra?".

Delar av välfärdspolitiken synes vara på väg att raseras. De verkligt svåra skadorna kan ligga på det inre planet, i växande tillitsbrist när mentala fästningar läggs i ruiner.

Förändringar är önskvärda på många punkter. Från inriktning på sjukdom till inriktning på hälsa. Från terapi till förebyggande. Från institution till hem-sjukvård. Från beroende av samhället till ökat oberoende. Från ojämlikhet till ökad jämlikhet. Åtgärder behövs på skilda interventionsnivåer: individ och

familj, lokalsamhälle, vårdcentral, sjukhus, region, arbetsplats, försäkringskassa, hälso- och sjukvårdspersonal samt nationellt. Se tabell 16:2 beträffande tänkbara åtgärder på skilda nivåer.

Förebyggande

Hur förebygger vi motsvarande problem för välfärdsstaten i framtiden? Etisk medvetenhet behövs, reflexion angående vilka de icke förhandlingsbara värdena är, vad som är värt att bevara och vad vi måste lämna. Se kapitel 10, "Sjukhusens roll", och kapitel 6, "Etiska synpunkter på prioritering".

Väsentliga delar av välfärdsstaten kommer att leva vidare. Men omprövningar förestår. Att bestämda vårdtjänster efterfrågas av många medborgare betyder inte att tjänsterna nödvändigtvis bör prioriteras från ett allmänt, socialpolitiskt perspektiv. Ett uttryck säger att "när man står inför en avgrund kan steget bakåt vara ett steg framåt". Och "bara den som förändrar sig kan vara sig själv trogen". Vi behöver betona förmågan hos människan, möjligheterna i gemenskapen, snarare än ett allmänt "må bra-ande". Försäkringsfinansierade sociala system kan väntas få större roll. Frivilligorganisationer behöver användas i stället för att misstänkliggöras. Seniorerna bör ses som en väsentlig samhällsresurs.

Det finns större realism än på länge bland intresseorganisationer, fack, politiker och allmänhet. Här finns en grund att bygga på inför framtiden.

Inga träd, inga system växer upp i himlen. Efter en "förälskad entreprenörsfas" kommer en "expansionsfas" och en "mognadsfas". Och så, om vi inte ser upp, en "administrativ byråkratismfas", enligt Adizes.¹² Då gäller det att tändas på nytt för att undgå systemens åldrande och död. Och det goda har konjunkturkurvorna med sig att de alltid vänder uppåt igen, förr eller senare, när de nått bottenläget.

I boken *En flykting korsar sitt spår* formulerade Aksel Sandemose den nedbrytande Jantelagen för Jantestaten: "Du ska inte tro att du är något". Inför framtiden behöver vi något annat. Den uppbyggande Jäntelagen, så som Gudrun Hjälte har formulerat den:

"Du ska tro att du är något.

Du ska tro att du är lika god som andra

och alla andra lika goda som du.

Skratta åt dig själv och din värld, det gör dig fri.

Du ska tro att många bryr sig om dig.

Du ska tro att du kan lära andra en hel del

och lära av dem.

Varför?

För att du är någon, en som behövs."

Tabell 16:2 Önskade förändringar, interventionsnivåer och tänkbara åtgärder – för diskussion

<i>Interventionsnivå</i>	<i>Från inriktning på sjukdom till inriktning på hälsa</i>	<i>Från terapi till förebyggande</i>	<i>Från institution till hemsjukvård</i>	<i>Från beroende till oberoende</i>	<i>Från ojämlikhet till jämlikhet</i>
<i>Individ och familj</i>	Skatteavdrag för hälsofrämjande åtgärder	Subsiduera enkla hälsokontroller. Vårdavgifter. Subsidier för "hälsolivsmedel"	Ekonomiskt och psykologiskt stöd för anhöriga som engagerar sig	Utbildning i samarbete med massmedia Stimulera självhjälsgrupper	Social profil på förmånssystemen
<i>Samhälle</i>	Subventionera motionsanläggningar	Främja immuniseringsprogram	Dagsjukvård Stimulera öppenvård	Samarbete med frivilligorganisationer	Stöd åt utsatta riskgrupper och riskområden
<i>Vårdcentral</i>	Belöningar för resultat	Ersättning för uppnådda folkhälsomål	Rambudget för att överbygga organisatoriska revir	Utbilda personalen i hälsopedagogik	Betalning per patient (capitation) hellre än per service
<i>Sjukhus</i>	Stödja patientutbildning om kost, motion och levnadsvanor	Främja program för "sjukhus utan väggar"	Inriktning på ambulant vård och dagkirurgi samt hemsjukvård	Stöd för dagsjukvård. Viss självrisk	Obligatorisk försäkring
<i>Region</i>	Ersättning per invånare i stället för per sjukvårdsservice	Samlad ekonomi för hälsovård och sjukvård	Stöd till alternativa vårdformer	Göra långsiktiga behovsbedömningar inom en ekonomisk ram	Analysera riskområden med stora behov
<i>Arbetsplats</i>	Stödja rygg- och andra motionsprogram; avspänning kroppsrörelse. Utveckla ledarskapet	Skatteavdrag eller stöd för att främja säkerhet och bra arbetsmiljö	Möjlighet till omedelbar service. "Ryggsolor"	Begränsa okontrollerad frånvaro. Arbetsgivarinträde i försäkringen	Observera och stödja medarbetare med hög frånvaro eller riskyttringar
<i>Försäkringsbolag eller försäkringskassa</i>	Bonus för rök- och alkoholfrihet. Risktillägg vid farliga levnadsvanor	Bonus för god arbetsmiljö	Aktiv rehabilitering i stället för slentrianmässiga utbetalningar	Bonus för icke anlitad service. Avgifter för vårdutnyttjande	Försäkring för alla inom nationell ram
<i>Hälsa- och sjukvårdspersonal</i>	Finansiera utbildningsprogram	Främja utbildning för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande	Stimulera möjligheter att ge service både i hem och på institution: utbildning för hemsjukvård	Hjälpa patienter och andra till självhjälp och självförtroende	Medvetandegör personalen om problem och möjligheter
<i>Nation</i>	Stödja forskning och försök	Långsiktig hälsost strategi	Särskilt stöd för hemsjukvård	Betona i läroplanerna hälsokunskap och nätverksbyggande	Stöd underprivilegierade Rättighetslagar

Diskutera

1. Vilka tecken finns på paradigmskifte i välfärdspolitiken? Vad talar för att det inte skulle handla om ett skifte?
 2. Vilka slag av kriser kan man tala om? Vad kännetecknar dem?
 3. Vilka faktorer ligger bakom de aktuella kriserna?
 4. Vilka är symtomen på att allt inte står väl till i välfärdspolitiken?
 5. Hur kan kriserna behandlas?
 6. Vad innebär möjlighööranderelationen? Vad betyder avlastningsrelationen?
 7. Diskutera de tänkbara åtgärder för förändring som tas upp i tabell 16:2.
-

Litteratur

- ¹ Entzensberger, H.M., *Svensk höst*, Stockholm: Dagens Nyheters Förlag, 1982.
- ² Christensen, A., "I dag kan ingen försörja sig själv", *Dagens Nyheter*, 29 oktober 1992.
- ³ Kuhn, T., *The structure of scientific revolution*, Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- ⁴ Velferdsstat, *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, Oslo: Kunnskapsforlaget, 1985.
- ⁵ Reizenstein, P., *Kvalitetssäkring av vården, En kursbok om vårdens kvalitet och kostnader*, Stockholm: SNS Förlag, 1992.
- ⁶ Engellau, P., "Krisens kritiska kurva", *Moderna tider*, 1992;3:25, 32–37.
- ⁷ *Kostnader för offentliga tjänster i Norden. Kronprojektet*, Stockholm: Statskontoret, 1983:48.
- ⁸ *Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling*, Delbetänkande av psykiatriutredningen, Stockholm: Statens offentliga utredningar, SOU 1992:37.
- ⁹ Gough, R., *Hemhjälp till gamla*, Stockholm: Arbetslivscentrum, 1987.
- ¹⁰ Blendow, R.J., Leitman, R., Morrison, I. och Donelan, K., "Satisfaction with health systems in ten nations", *Health Affairs*, 1990;9(1):185–192.
- ¹¹ Rosenberg, G., "Betalt arbete och obetalt", *Dagens Nyheter*, 12 oktober 1992.
- ¹² Adizes, I., *Ledarskapets fallgropar*, Stockholm: Liber, 1979.

17. Liv igen

*Annorlunda klinik 307 • Personlig personal 307 •
Döden accepteras 308 • Klinikansluten
hemsjukvård 309 • Diskutera 310*

Undrar du hur det gick sedan för mig, Olivia, även kallad Liv? Efter tre månader fick jag pacemakern inopererad. Det gick utan problem. Men jag var ner-gången och kraftlös. Därför rekommenderades jag rehabilitering och valde Vivaldikliniken. Den drivs av en folkrörelse på ideell grund. En del av kostna-den får jag betala själv.

Annorlunda klinik

Varför Vivaldikliniken? En kusin berättade om sin erfarenhet. Jag blev nyfi-ken. Och visst är åtskilligt annorlunda jämfört med Det Stora Sjukhuset. Den klassiska musiken i entréns högtalare. De tilltalande färgerna. Ett inbjudande meditationsrum fick mig att titta in. Skönt att få lugna ner sig innan mötet med rumskamrater och personal.

Korridorerna har färger som smälter fint in i varandra. Doften av nybakat bröd ger också luktsinnet en känsla av omsorg. Här finns inga kalla lysrör, ingen industrimat. Grönsakerna är "giftfritt" odlade och smakar underbart.

I morse väcktes jag av att doktor Fröjd försiktigt gläntade på dörren. Han spelade en Mozartmelodi på tvärflöjt. När sjuksköterskan kom in tände hon levande ljus och kände på våra fötter. "Ska du bli bra måste du vara varm om dina fötter", sa hon. Det blev jag tack vare ett värmekrus och en bomullsfilt.

Personalen har hjälpt mig förstå att jag kan göra en hel del själv för att bygga upp mina resurser fysiskt, psykiskt och andligt. Daglig muskelträning och samtal bidrar till insikt. Alla anställda bär Vivaldiklinikens knapp. På den står det: "Mitt jobb är hälsa. Min bransch är service. Besvara mig!"

Flera kvällar har en brasa flammats i dagrummet. Någon spelar och sjunger, läser dikter och sagor. "Vad har det med hälsa att göra?", tänkte jag först. Nu förstår jag att hälsa är helhet. Det handlar inte bara om ett sjukt organ.

Personlig personal

Härom kvällen kom en sköterska in i rummet och masserade våra fötter med olja som doftade gott. Sedan satte hon sig vid fönstret, plockade fram sin lyra och sa: "Jag ska spela för er tills ni somnar". Den kvällen grät jag mig till sömns av lycka. Tänkte på Erik Lindorms dikt:

"Jag lever, jag lever!
På jorden jag står...
Var har jag varit förut?
Jag väntade visst millioner år
på denna enda minut."

I går åt jag i matsalen i stället för på rummet. Det var så fint när vi höll varandra i händerna kring bordet och läste:

"Säden mognar i solens glöd
males till mjöl och bakas till bröd.
Att dela i kärlek ger helhet och liv.
Du, vänskapens ande, hos oss förbliv!"

I söndags inbjöds vi till soaré i aulan. Också många sängbundna var med. Personalen spelade och sjöng. De hade slöjor i regnbågens färger och dansade. Den som kom utifrån och inte kände till atmosfären kunde nog tycka att det verkade befängt. Jag tyckte det var fantastiskt.

Döden accepteras

I går dog gamla mor Frida, 83, på avdelningen. Hon var cancersjuk och brukade rullas in till dagrummet i sin säng på kvällarna. Många av oss tyckte att vi kände henne. De som ville inbjöds att ta farväl. Rummet var vackert dekorerat med blommor och levande ljus. Det är bra att döden inte förtigs, inte smusslas undan. Den är ändå det enda säkra.

Samtidigt med mig kom en grönblek, utmärglad 15-årig flicka till avdelningen. Hon hade anorexi sedan flera år och hade behandlats i intensivvård. Föräldrarna tyckte väl att Vivaldikliniken skulle vara en fin plats för henne att få sluta sina dagar på, nu när inget tycktes hjälpa. Det märkliga var att när hon kom hit ville hon ha morötter och filmjolk. I dag tog hon några stapplande steg i korridoren. Det gjorde mig varm om hjärtat.

Kliniken kännetecknas av ömsesidighet: "Du och jag blir varandras lärare". Det finns en respekt för människans egen kapacitet, en önskan att utveckla känslighet och kreativitet. Personalen är inte rädd för att göra sig själv överflödig. De ser som viktigt att stödja så att människor når fram till varandra. Självhjälpsgrupper, frivilliggrupper och andra nätverk stimuleras. Det behöver inte betraktas som ett nederlag för samhället när folk vänder sig till ideella organisationer. Den som får hjälp ska inte betraktas som en hjälplös stackare.

I rummet intill finns en medelålders kvinna som opererats för bröstcancer och har metastaser. Hon är fylld av entusiasm. I morse frågade hon om hon fick berätta vad hon drömt. Det handlade om patienthotellet "Tillit", där en sköterska sagt till henne: "Du kommer att klara dig, för du lever inte för dig själv."

I morse träffade jag Vivaldiklinikens ansvariga administratör. Hon praktiserar "ledning genom att strosa". Hon har inga fallskärmsavtal och inget statuskontor med blankt skrivbord utan lever mitt i verksamheten. På så sätt får hon en bild av problemen och kan göra något åt dem innan de växer sig stora.

I dag såg jag en skylt på expeditionen som hade den här texten.

För triwsel på jobbet

1. Vänta Dig det bästa av Dina arbetskamrater.
2. Tänk Dig in i deras behov.
3. Uppmärksamma och beröm.
4. Medverka till en miljö där misslyckande inte blir katastrof.
5. Sätt upp mål.
6. Vädja – med måtta – till tävlingsinstinkten.
7. Uppmuntra samarbete.

De sju punkterna tänker jag ta med till mitt eget jobb.

Klinikansluten hemsjukvård

Kliniken har organiserat hemsjukvård åt patienter i slutskedet som så önskar och som har någon anhörig som är beredd att stödja. Kvalificerad personal, sjuksköterskor, undersköterskor och läkare, åker hem till svårt sjuka som annars skulle ha behövt vård på kliniken. Det sägs vara samhällsekonomiskt förmånligare, men det viktiga tror jag ligger i den livskvalitet och dödsqualitet som möjliggörs.

Jag önskar att vår vanliga sjukvård kunde vara mer lekfullt experimentell gentemot idéer och kvaliteter, mer skeptisk mot konventioner och traditionella mönster. Inte auktoritär men auktoritativ. Det handlar om att våga, att lyssna på folks reflexioner. För visst har vi alla stora magasin av erfarenhet och tankar i hemliga förrådsrum. Salar som öppnas i kreativitetens benådade ögonblick. En av nycklarna tror jag är "det pedagogiska ledarskapet".

Jag har just lånat Benjamin Hoff's *Tao enligt Puh* och läser:

"Du får en idé, eller, mera adekvat, en idé får dig. Var kommer den ifrån? Om du kan spåra den tillbaka till källan kommer du att upptäcka att den kom från Intet. Och det troliga är att ju större idén är, desto mer direkt kom den därifrån. 'Genialiskt! Fullkomligt utan motstycke. En revolutionerande ny metod.' Nästan alla människor har fått en sådan idé någon gång, och sannolikt händer det efter en sund sömn, då allting är så klart och fyllt av Ingenting att Idén plötsligt uppenbarade sig där. Men vi behöver inte sova många timmar för att detta ska hända."

Kreativitet är en fråga om avvikelse, om undantag och betydenhet. Den har samband med modet att inse sin egenart, acceptera den och använda den. Kreativitet förutsätter ett verksamhetsklimat som bjuder frihet, trygghet och utmaningar. Jag tycker det känns som om Vivaldikliniken har kommit ett stycke på väg.

Många fler borde få chansen att odla det frigörande ledarskapet, det som skapar makt och helhet åt andra. Hur? Genom att fostra utan att uppfostra. Genom att bryta prestigechefskapets isolering och rädsla mot något helt annat och viktigare: insikten att ledarskapets sanna grund är kärlek.

Diskutera

1. Vilka faktorer anser Du viktigast för trivsel på jobbet?
 2. Det finns forskning som pekar på att det är hur vi har det hemma som i stor utsträckning styr hur vi upplever att vi har det på jobbet. Det omvända sambandet skulle inte vara lika starkt. Vilken är Din uppfattning?
 3. Vilken bör dödens plats vara i vården?
 4. På vilka sätt kan vi visa respekt för människans kapacitet i vårdarbetet?
 5. Hur kan vi medverka till att bygga nätverk för hälsa?
 6. På vilka sätt kan hälso- och sjukvården bli mer öppen för nytänkande, mer kreativ?
 7. Så snart det finns två människor på en arbetsplats finns också oceaner av känslor som är mer eller mindre tyglade. Människor som tävlar om utrymmet, med alla de möjligheter till konflikter och komplikationer som uppstår. Hur kan vi träna upp vår observationsförmåga för att bättre hantera verkligheten?
 8. "Ledarskapets sanna grund är kärlek." Diskutera!
-

Vart är hälso- och sjukvårdens organisation på väg? Håller vår sjukvård på att förvandlas till lekboll för företagsekonomiska modevindar? Eller är det som sker en nödvändig reformering av förlegade revir?

Att vårda liv: Organisation, etik, kvalitet är en diskussionsbok om framtidens hälso- och sjukvård. Administrativa förändringar för bättre patientvård är det genomgående temat. Både praktiska erfarenheter och forskning presenteras.

Boken pekar på konflikten mellan ett sjukdomsfixerat synsätt kontra ett som tar fasta på det friska hos individen, mellan att betrakta fel som nödvändigt ont kontra att sträva efter total kvalitet. Den visar på nackdelar och fördelar med "köp- och säljsystem". Den ger synpunkter på prioritering i ett samhälle där tillitsbristen tilltar. En bärande tanke är att etiken bör få större betydelse i organisationen. Kreativitet och mångfald måste också få större utrymme.

Boken vänder sig bl.a. till studerande inom olika vårdyrken. Den är användbar inte minst vid fortbildning av hälso- och sjukvårdens personal. Administratörer och politiker bör ta del av boken, liksom den allmänhet som vill veta mer om tendenser och om välfärdssystemets möjligheter inför morgondagens krav.

Edgar Borgenhammar är professor i hälso- och sjukvårdsadministration vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Han har tidigare bl.a. tjänstgjort som sjukhusdirektör. Bland hans böcker märks *Tillit och hälsa, Vad är då en människa?*, *Leda lagom*, *Hälsans pris* och *Makten över sjukhuset*.

ISBN 91-7150-470-2



SNS
FÖRLAG