

Svensk sjukvårdspolitik, seminarium med Göran Dahlgren 31 mars 2022. Kort resumé.

Deltagare: från SeniorKraft: Ann Marie Fallenius, Agneta Aust Kettis, Katarina Hohwü Christensen, Elisabeth Lewin, Claes Sonnerby, Maria Strandell, Arne Ström, Torsten Wetterblad och Barbara Zetterqvist.

Inbjudna gäster: Kaj Fölster, Agneta Liljedahl, Bo Lambert, Ulf Lewin, Lena Ekroth och Karin von Vietinghoff.

Göran Dahlgren har under många år ägnat sig åt analys av svensk sjukvårdspolitik. Han har varit chef för sjukvårdsenheten vid Socialdepartementet, tjänstgjort som Folkhälsoråd och arbetat internationellt för WHO. Han är numera gästprofessor vid Universitetet i Liverpool. Bland hans böcker om svensk sjukvårdspolitik har särskilt "När sjukvården blev en marknad" (Arenaldé, 2018) och "Jämlig vård – en handlingsplan" (2020) väckt uppmärksamhet och debatt. Böckerna handlar om behov av ett systemskifte i vården.

Göran Dahlgren inledde seminariet med att tala om Sjukvårdslagen från 1982 i vilken målsättning och principer för den offentliga vården i Sverige fastställs. Det övergripande målet är GOD VÅRD PÅ LIKA VILLKOR. Han fortsatte med att beskriva och illustrera att den offentliga vården som - trots nämnda lag och de överordnade principer som där fastslås - utvecklats i en annan riktning. Han argumenterade med emfas behovet av ett systemskifte.

Dahlgren beskrev hur den offentlig vården kommit att präglas av New Public Management (NPM). Vården har blivit en marknad där entreprenörer och vårdföretag konkurrerar med varandra. De tänker och agerar i termer av lönsamhet på ett sätt som inte tidigare förekom. "Kundorientering" har blivit ett begrepp också inom vården.

Ett valfrihetssystem, LOV (Lagen om valfrihet), infördes 2010 i vården av Alliansregeringen för att, som det hette, öka valfriheten, detta trots att det redan tidigare fanns valfrihet i vården. Det bakomliggande motivet var enligt Dahlgren att få mer offentligt finansierad privatvård, något som ger unika fördelar för privata, vinstdrivande företag. Systemet leder till "utbudsstyrd efterfrågan". Privata vårdföretag kan etablera sig var som helst. De väljer att lokalisera sig där det är mest lönsamt - inte där behovet är störst. Olönsamma grupper och olönsam vård väljs bort. Resultatet är ett systemskifte som resulterar omfattande vinstdriven vård. Flera företag har öppnat för digital vård (nätläkare), offentligt finansierad och vinstdrivande. Ägare är i många fall stora internationella företag baserade utomlands.

I primärvården gynnas personer med ringa vårdbehov framför personer med stort vårdbehov, t ex äldre och multisjuka. Personer inom äldreomsorgen får minst vård trots att de har störst behov. Det råder etableringsfrihet för vårdcentraler. Det är vårdföretagen som bestämmer var nya vårdcentraler ska ligga. Av de 200 vårdcentraler som tillkommit är det ytterst få som ligger i glesbygd eller på landsbygden. Gapet mellan vårdmöjligheter i stad och land har därmed ökat. Det är också stora skillnader mellan olika stadsdelar i en stad som Stockholm. I innerstaden finns gott om privata vårdcentraler medan offentliga vårdcentraler

dominerar i utsatta ytterområden, där vårdbehovet är störst. Dahlgren påpekar att det inte är områdena som det handlar om utan om människorna som bor där. Sedan 1990 har skillnaderna i tillgång på vård ökat mellan hög- och lågutbildade liksom mellan välbeställda och mindre resursstarka personer/hushåll. I sammanhanget bör påpekas att Dahlgren anser att privat och offentlig vård är lika bra om den ligger i samma område.

Slutsats: LOV är en märklig lag eftersom den går emot den överordnade sjukvårdslagen. Principen om "vård efter behov" har i praktiken övergivits.

De borgerliga partierna försvarar och påskyndar systemet med LOV. Det gäller även Centern, vilket gör att Socialdemokraterna inte vill röra LOV.

Vårdsystemets kvalité

I Sverige går 11% av BNI till vård, en hög siffra i internationell jämförelse. Kvaliteten i vården, särskilt primärvården) motsvarar emellertid inte vad som kunde förväntas.

Kvalitén i vården kan mätas på flera sätt:

Vård i tid. Här är Sverige sämst av 10 jämförbara länder. Undantaget är specialistvård i Stockholm (ögon, hud m.m.)

Samordning mellan vårdnivåer och mellan offentlig och privat vård. Här finns brister.

Kontinuitet. Att ha en fast läkare är viktigt men de flesta har inte en fast läkarkontakt.

Några orsaker: En alltför liten andel av vården sköts av primärvården. Det är svårt att rekrytera läkare som är utbildade allmänspecialister till primärvården, särskilt i glesbygd. En mycket stor andel av resurserna läggs på sjukhusvård. Att arbeta som sjukhusläkare har högre status än att arbeta i primärvården.

I den efterföljande frågestunden togs flera frågor upp, bl. a. följande:

Fråga: Hur bra fungerar Lagen om offentlig upphandling (LOU)? Hur utfaller en jämförelse mellan denna och LOV?

Dahlgren svarar: Vårdpolitiskt är det mycket bättre med offentlig upphandling av privata vårdgivare (LOU), eftersom det då görs en noggrann prövning av vårdgivaren. Vårdvalet enligt LOV bör avvecklas, bl. a. på grund av att det saknas etableringskontroll. Dahlgren hoppas att vår nya statsminister ska driva en avveckling.

Näringslivet har stort intresse av vården ett kommersiellt intresse, eftersom det finns stora pengar att tjäna.

Norge har ett bra organisation för primärvården. Det finns en "nationell pelare" och endast 5-6 regioner. Det råder etableringskontroll för vårdcentraler. Staten bestämmer var dessa ska ligga. Olika vårdföretag och läkare konkurrerar om att driva resp. vårdcentral. Alla medborgare ska ha en fast läkarkontakt vilket verkar fungera.

//EL