

Sverige



Professor Finn Diderichsen

Da man målte et sundhedsvæsenes resultat i form af dødelighed for sygdomme, hvor vi har relativt effektive behandlingsmetoder til rådighed, fandt man for nylig i en sammenligning af 19 OECD-lande, at Sverige var nummer et. Dødeligheden for disse sygdomme var 58,5 pr. 100.000 i Sverige og 81,4 pr. 100.000 i Danmark – en forskel på 39% [1]! Middellevetiden i Sverige er i dag næsten 81 år.

Det niveau, som Danmark har i dag, passerede Sverige allerede i 1990. Det er ikke, fordi det svenske sundhedsvæsen har bedre resurse-mæssige forudsætninger – snarere tværtimod. Sveriges sundhedsvæsen anvendte ifølge OECD 2.845 købekraftsjusterede USD pr. indbygger i 2004 sammenlignet med 3.110 i Danmark. Det svarer til 9,1% af BNP i begge lande, fordi Danmarks økonomi i øjeblikket er noget bedre end Sveriges [2]. Man kan heller ikke hævde, at Sverige har særlig fordelagtige forudsætninger: Det er et stort land med lange afstande – befolkningstætheden er i gennemsnit kun en sjettedel af, hvad den er i Danmark. Sverige har også flere resursekrævende befolkningsgrupper: Andelen af personer på 80 år og derover er på 5,4% i Sverige – det højeste i OECD – mod 4,1% i Danmark. Andelen af udenlandsk fødte er 12,9% i Sverige og 7,5% i Danmark [3]. Noget kunne tyde på at Sverige anvender sine resurser i sundhedsvæsenet mere effektivt.

Få lægebesøg per indbygger

Noget af det mest slående er, at antallet af årlige lægebesøg er meget lavt i Sverige – tre pr. indbygger sammenlignet med syv pr. indbygger i Danmark. Kun 40% af svenskerne siger, at de har en fast læge at henvende sig til ved behov, og det tal er ikke øget gennem mange år. I Sverige er der totalt set kun lidt flere indbyggere pr. læge end Danmark, men den andel, som arbejder i almen praksis, er lav, og de praktiserende læger har relativt få patienter pr. dag. Specialisterne arbejder desuden i meget høj grad på sygehusene og sjældent i egen praksis. Den svage primærsektor i Sverige har rødder tilbage i det forhold, at Sverige blev industrialiseret og urbaniseret meget sent. Der blev aldrig skabt en stabil praksissektor, inden sygehusbyggeriet tog fart i 1960'erne. De seneste 50 år er der så cirka hvert tiende år truffet politiske beslutninger om særligt at prioritere primærsektoren, men der er ikke sket de store forandringer. Det har været svært at lokke svenske læger til almenmedicin.

I 1970'erne og begyndelsen af 1980'erne var udgifterne til det svenske sundhedsvæsen ved at løbe løbsk. Udgifterne steg fra 7,1% til 9,3% af BNP på ti år. De svenske amter (landsting) fik den gang refusion pr. sengedag og lægebesøg af staten, og takket være et voksende antal læger ekspanderede aktiviteten og dermed udgifterne.

Det blev stoppet, da staten i 1984 med den såkaldte Dagmar-reform gik over til at betale amterne et bloktilskud, og



Foto: Tom Hermansson Snickars/ISTOCK

samtidig begrænsede man amternes muligheder for at hæve skatten. Det udløste til gengæld problemer med stigende ventetider til planlagt kirurgi og med voksende kritik af et utilgængeligt, bureaukratisk system, som ikke behandlede mennesker lige og med respekt. I Sverige havde man en tradition for, at amterne drev langtidsmedicinske afdelinger, og man manglede i høj grad en struktur med kommunale plejehjem og ældreboliger. Hospitalsafdelingerne var fyldt med færdigbehandlede patienter, som ikke kunne udskrives. Da kommunernes ældreomsorg slet ikke havde de fornødne forudsætninger for at overtage alle disse patienter, optog de pladserne på sygehusene. Det skabte køer for alt andet end akutte indlæggelser.

Velfærdsstaten

Sverige er ligesom Danmark en universel velfærdsstat, hvor alle nyder godt af en offentlig finansieret god service og generøse overførselsindkomster, men hvor alle også takket være høj beskæftigelse og skat yder til det fælles. Det er et velfærdssystem, som både vil mindske uligheden og støtte de mest udsatte og samtidig holde en standard, som vil gøre mennesker med gode indkomster så tilfredse, at de er mindre tilbøjelige til at vælge private løsninger. Et sådant system kræver – af rent matematiske grunde – et meget højt skattetryk. Det medfører til gengæld, at systemet bliver politisk meget

sårbart, når mennesker ikke synes, de får valuta for pengene – og må vente på at få opereret deres knæ, eller vente på at få bedstemor på plejehjem.

Denne type problemer udløste i begyndelsen af 1990'erne en febril politisk aktivitet for at gøre systemet mere tilgængeligt og mere brugervenligt. En familielægereform efter dansk forbillede blev besluttet – men aldrig gennemført – bl.a. på grund af mangelen på almenmedicinere. I nogle amter begyndte man efter britisk forbillede i begyndelsen af 1990'erne at indføre interne markeder med opdeling i politisk styrede bestillere og mere administrativt styrede producenter – dvs. sygehuse og sundhedscentre (vårdcentraler) med praktiserende læger (distriktslæger) [4]. Bestillerne fik et behovsrelateret budget, hospitalerne fik betalt efter diagnoselateret gruppering (DRG)-takster af bestillerne, og kommunerne blev tvunget til at betale for de færdigbehandlede patienter, som blev liggende på sygehusene.

Politisk blev der satset på at etablere flere private alternativer i producentledet. Reformen udløste en kraftig stigning i bl.a. kirurgisk aktivitet som langt oversteg bestillerens budgetmæssige forudsætninger. De reagerede ved at sænke DRG-taksterne, og allerede efter det første år havde både bestillere og producenter underskud. Systemet blev rullet delvist tilbage, sygehusene fik igen faste budgetter og bliver nu kun delvist finansieret i relation til deres præstationer. Interne markeder, hvor hver del af systemet får betaling for sine egne præstationer, øger produktiviteten, men modvirker samarbejde og dannelse af sammenhængende behandlingsforløb for kronikere, og genoptræning og rehabilitering foregår uden for sygehusene. Så selv om de svenske amter formelt set er arbejdsgivere for både hospitaler og praktiserende læger, oplever man nu præcis de samme problemer med at få et sammenhængende system af behandling og genoptræning efter udskrivelse, som vi slås med i Danmark.

Den økonomiske opbremsning

Kombinationen af økonomisk opbremsning og en lang kæde af strukturreformer blev fulgt af en voldsom stigning af sygefraværet i den offentlige sektor. Sverige har i forvejen meget højere sygefravær end Danmark, bl.a. fordi det i Sverige er ulovligt at afskedige mennesker på grund af helbredsproblemer. Personale på alle niveauer i det svenske sundhedssystem oplever, at arbejdskravene er vokset, samtidig med



at deres mulighed for at påvirke, hvordan de skal leve op til kravene, er reduceret. 1990'ernes reformer i det svenske sundhedsvæsen blev ikke motiveret af ineffektivitet i den forstand, at man fik for lidt sundhed for pengene. Indikatorerne på sundhedsudviklingen i landet var upåklagelige. Men det var den politiske bekymring for vælgernes fortsatte opbakning til et dyrt system, som mange oplevede som mindre og mindre produktivt og tilgængeligt som udløste reformerne. Ingen tænkte dengang på de ansattes arbejdsmiljø og helbred. Arbejdsløsheden var i top, og sygefraværet i bund. Nu bagefter er sygefraværet i top, der mangler arbejdskraft, og de ansatte klager over smerter i bevægeapparat og psykiske symptomer i en sådan grad, at det er blevet et folkesundhedsproblem.

Det svenske sundhedssystem kæmper altså med præcis de samme problemer som det danske. En svær balancegang mellem at prioritere ulighed og dermed de socialt mest udsatte og alvorligst syge og samtidig prioritere et højt serviceniveau og tilgængelighed for en befolkning, som synes, de har krav på det. Ventetiderne er konstant i politisk fokus, men systemets interne problemer med samarbejdet mellem kommuner, primærsektoren og sygehusene er mindst lige så stort som i Danmark. Efter et tragisk ministermord har psykiatri og levevilkårene for psykisk handicappede været i fokus i de senere år i Sverige. Det burde de måske også være i Danmark. Den store forskel på de to landes sundhedspolitik handler om

forebyggelse. Den tradition for at kombinere forebyggende socialpolitik og sundhedspolitik, inklusive en aktiv lovgivning på alkohol- og tobaksområdet, som både Danmark og Sverige havde før 2. verdenskrig, har Sverige fortsat i dag [5]. Det har medført, at sygdomsbyrden i Sverige i dag er 30% lavere end i Danmark. Tallene i WHO's europæiske folkesundhedsrapport 2005 viser også, at 75% af denne forskel er skabt af tobak, alkohol og stoffer. Det er først og fremmest af denne grund, at den svenske sundhedspolitik fremstår som mere omkostningseffektiv end den danske.

Korrespondance: Finn Diderichsen, Afdeling for Socialmedicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: f.diderichsen@socmed.ku.dk

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129-33. Erratum i: *BMJ* 2004;328:494.
2. Rae D. Getting better value for money from Sweden's healthcare system. Economic department working paper 443. OECD, 2005. www.oecd.org/nov2007.
3. Nordisk Statistisk Årbog 2007. København: Nordisk Ministerråd, 2007.
4. Diderichsen F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. *Health Policy* 1995;32:141-53.
5. Steensberg J. Trafik og alkohol. Dansk forebyggelsespolitik gennem det 20. århundrede set i nordisk perspektiv. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2007.

Det engelske sundhedsvæsen set gennem danske lægebriller

Specialist Registrar in General Surgery Sisse Bjørn Olsen

St Mary's Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London

Det britiske sundhedsvæsen er et af de få uden for Skandinavien, som er fuldt statsfinansieret og hvor det overordnede princip er, at al behandling i både primær- og sekundærsektoren er gratis for alle patienter. Det er også i det sundhedsvæsen, jeg har tilbragt de seneste 11 år, først som medicinstuderende efter meritoverførsel fra Panum Institutet og siden som yngre læge, nu abdominalkirurgisk 1. reservelæge (*specialist registrar*). Det er på godt og ondt blevet mit andet hjem og et hjem, som har været præget af konstant omstrukturering og forandring.

Det engelske sundhedsvæsen

Det engelske sundhedsvæsen (NHS) er nu finansieret og styret adskilt fra sundhedsvæsnet i Nordirland, Skotland og Wales efter overdragelse af en række ansvarsområder til delstatsparlamenterne i Belfast, Edinburgh og Cardiff. Det sundhedsvæsen, jeg først mødte, da jeg ankom i 1996, var præget af en lang årrække af underfinansiering med relativt lave lønninger for sundhedspersonalet, og yngre læger arbejdede 80-100 timer om ugen. Den overvældende følelse af pessimisme blev hurtigt afløst af håb om forbedringer og fornyelse efter regeringsskiftet i 1997, hvor Labour kom til magten. De seneste ti år er der sket vidtrækkende omstruktureringer og centralisering, men selv om der er blevet investeret kraftigt, er de fleste forhåbninger ikke blevet indfriet.