

Källförteckning

1 Vården i Sverige – samsyn eller konflikt

- Bergman, S-E. & Dahlbäck, U; Sjukvård – en svårstyrd verksamhet. Stockholm 2000; Landstingsförbundet.
- Enthoven AC, Management Information for the Swedish Health Care System
- ESO-rapporter, Produktions-, kostnads- och produktivitet-utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980, Ds Fi 1985:3, Kvalitets- och produktivitet-utveckling i sjukvården 1960-1992, Ds 1994:22, Productivity Trends in the Public Sector in Sweden, 1996
- Hälso- och sjukvårdsrapport 2001, Socialstyrelsen
Prop 1999/2000:149
- Sloan, Frank L m.fl., An Analysis of Medicare Data, National Bureau of Economic Research, Cambridge, 1999
- SNS, Svensk sjukvård – bäst i världen, 1992, SNS
- SOU 1993:39, HSU 2000 Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller
- SOU 2001:52, Valfärdstjänster i omvandling
- SOU 2001:79, Valfärdsbokslut för 90-talet
- SOU 2001:89 Att tänka efter före
- Sager, Alan, Threats to Urban Public Hospitals, Doctors Day address, Washington DC, 2001
- Söderström, Lars m.fl., Privatiseringens gränser, SNS 2000
- The Economist, Health Care in America, Jan. 25, 2001
- WHO Europe, Health Care Systems in Transition

2 Vårdssystem i andra länder

- Besley, Timothy m.fl., The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter? The Institute for Fiscal Studies, WP 96/7, 2000
- British Medical Journal, January, 2002
- Cheyne, Christine m.fl., Social Policy in Aotearoa New Zealand, Oxford University Press, 2000
- Cutler David M., The Changing Hospital Industry, University of Chicago Press, 2000
- Easton, Brian, The Commercialisation of New Zealand, Auckland, 1997
- Essinger, Kaj, Reformen och strukturförändringar, Landstingsförbundet 1997
- European Observator, Health Care Systems in Transition, 2000
- Gentry, Penrod, m.fl., National Bureau of Economic Research, Paper 6435, Cambridge, 1998
- Gentry, W m.fl., The Tax Benefits of Not-for-profit Hospitals, NBER, Working Paper, Nr 6435
- Health Care Advisory Board US, Launching the Growth Initiative, 2001
- Health Canada; Canada´s Health Care System
- Health Insurance in the Netherlands, Ministries van Volksgezondheit, welzijn en sport – NL, 2000
- Modern Health Care, Oct. 1999
- OECD in Figures, 2001
- NOU 1999:15
- WHO, European Health Care Reform, European Series nr 72, 1997
- WHO Europe, Health Care Systems in Transition, Germany
- WHO Europe, Health Care Systems in Transition, Norway, 2000
- WHO Europe, Health Care Systems in Transition, United Kingdom

3 Vård utan vinstsyfte – villkoren i Sverige

- Anheier Helmuth K m.fl., Third Sector Policy at the Crossroads, Routledge 2001
- Bergman, Sven-Eric; Hälso- och sjukvården i Nederländerna, rapport 2001
- Bergman, Sven-Eric; Icke-vinstsyftande sjukhus i andra länder, Landstingsförbundet, 1999
- Cantzler, Ingmarie, I privat regi – att bedriva vård och omsorg i nya former, Nutek 2000
- International Journal of Not-for-Profit Law
- Kendall Jeremy m.fl., The Voluntary Sector in the UK, Manchester University Press, 1996
- Kooperativ hälso- och sjukvård, Koopi 2000
- Perri 6 m.fl, The Contract Culture in Public Services, Arena
- Social ekonomi – en tredje sektor för välfärd, demokrati och tillväxt, Kulturdepartementet 1999
- Weisbrod, B.A. m.fl., Public, private, nonprofit ownership and the response to asymmetric information Oxford 1986

4 Etiska utgångspunkter

- Rawls, John, A Theory of Justice, Oxford University Press, 1976
- SOU 1995:5 Vårdens svåra val
- SOU 2001:6 Vård vid livets slut

5 Mångfald i vården – drifts- och ägarformer

5.1 Akutsjukhus

- Bergman, S-E. & Dahlbäck, U; Sjukvård – en svårstyrd verksamhet. Stockholm 2000; Landstingsförbundet.
- Edhag, O. m.fl. Artikel i Dagens Medicin den 10 mars 1998.
- Sahlin, J, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 6:e uppl. Stockholm; Norstedts Juridik, 2000.
- Socialstyrelsen; Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001.
- Landstingsförbundets hemsida; Hälso- och sjukvård; Struktur- och verksamhetsförändringar; februari 2002.
- Prop. 2000/01:36 Sjukhus med vinstsyfte.
- Bet. 2000/01:SoU6.

Bet. 2000/01: SoU11.
Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.
Bet. 1981/82: SoU 51.

5.2. Vårdens driftsformer

Lindskog, S., Lagen om handelsbolag och enkla bolag. Stockholm, Norstedts Juridik, 2001.
Mallmén, A., Lagen om ekonomiska föreningar. 2 uppl. Stockholm, 1995.
Nial, H., Handelsbolagsrätt. 6 uppl. Stockholm, Norstedts, 1990.
Nial, H, & Johansson, S., Svensk associationsrätt i huvuddrag. 7 uppl. Stockholm, Norstedts Juridik 1998.
Olsson, K., Näringsdrivande stiftelser. Stockholm, Nerenius & Santéus förlag, 1996.
Prop. 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.
Bet. 2000/01:SoU5.
Prop. 1998/99:130 Ny bokföringslag m.m..
Bet. 1999/2000:LU2
Prop. 1979/80:143 Förslag till ny lagstiftning om handelsbolag m.m.
Bet. LU 1980/81:4.
NJA II 1895 nr 3.
Kommittédirektiv, Icke vinstutdelande aktiebolag Dir 2002:30.

5.3 Mångfald och koncentrationstendenser

Eliasson, Lennart & Spånt Enbuske, Anna, Äldres önskemål och behov för god livskvalitet, Äldreomsorgsprojektet, Koopi, 2001
Svensson, Marianne & Edebalk, Per Gunnar, 90-talets anbuds-kurrens i äldreomsorgen – några utvecklingstendenser, IHE 2001

5.4 Aktörer och värdkedjor

Lawrence P.R & Lorsch J.W, Organization and Environment, 1969

5.5 Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården

Richard B. Saltman m.fl.; Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems, Open University Press, Buckingham, 2002

Erlingsdóttir, G; Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården, 1999, Ekonomihögskolan Lunds universitet.

Larsson, J. Medicinsk kvalitetsrevision; Stockholm; Sprit 1996

Kvalitet i vården; Stockholm, 1994, Landstingsförbundet

Socialstyrelsen; Årsredovisning 2001

Socialstyrelsen; Hälso- och sjukvårdsrapport 2001

Landstingsförbundets hemsida, Hälso- och sjukvård; Verksamhetsutveckling och ledarskap; QUL, februari 2002.

Prop. 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.

Bet 1995/96:SoU18

Prop. 1999/2000: 149 Nationell handlingsplan för utveckling av Hälso- och sjukvården.

Bet. 2000/01; SoU5

6 Vinst i vården och vården som marknad

6.2 Vinst i vården?

SOU 2001:12 Fristående gymnasieskolor – hot eller tillgång?

6.3 Styrsystem

Jacobsson, B. (red); Organisationsexperiment i kommuner och landsting. Göteborg; Nerenius & Santéus förlag, 1994

SOU 2001:76. God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting. Betänkande av Ekonomiförvaltningsutredningen.

SOU 2001:31. Mer värde för pengarna. Slutbetänkande av Upphandlingskommittén.

SOU 1999:149. Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster. Betänkande av Upphandlingskommittén.

- SOU 1999:66. God vård på lika villkor? - om statens styrning av hälso- och sjukvården. Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation - HSU 2000 (HSU 2000).
- SOU 1993:38. Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller. Expertrapport till HSU 2000.
- Statskontoret; Organisations-, styr- och verksamhetsformer i kommuner och landsting (1999:38).
- Svenska kommunförbundet; Valfrihet och kundvalssystem i kommunal verksamhet - underlag för kommunala bedömningar.

6.4 Avtal och utförare

- Hentze, M. & Sylvén, H., Offentlig upphandling. Stockholm: Norstedts Juridik, 1998.
- Prop. 2001/02:142 Ändringar i lagen om offentlig upphandling.
- Prop. 1999/2000:128 Offentlig upphandling i informationsområdet.
- Bet. 2000/01:FiU8.
- Prop. 1993/94:188 Lokal demokrati.
- Bet. 1993/94:KU40.
- Prop. 1993/94:78 Frågor om offentlig upphandling.
- Bet. 1993/94:FiU4.
- Mera värde för pengarna SOU 2001:31.
- Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster SOU 1999:149.

6.5 Forskning och utbildning

- Den kliniska forskningens kris och pris, MFR-rapport nr 5 1998
- Persson O, Olsson P., Minskar den svenska kliniska forskningens publiceringaktivitet och internationella genomslag? Solna, 1998
- Universitetssjukhusen roll och ställning, rapport från Gråzons (GZ)gruppen, 1994

7 Vården en fråga för demokratin

7.1 Demokrati – inflytande och kontroll

Prop. 2001/02:80 Demokrati för det nya seklet.

Att tänka efter före SOU 2001:89.

God vård på lika villkor? Om statens styrning av hälso- och sjukvården SOU 1999:66.

Yttrandefrihet för privatanställda Ds 2001:9.

7.2 Internationalisering

Geraets-Smits mot Stichting Ziekenfonds (mål C 157/99) SvJT 2002 s 158 ff.

Vanbraekel m.fl. mot Alliance national de mutualités chrétiennes (mål C-368/98) SvJt 2002 s 161

Kommittédirektiv



Medborgerligt inflytande m.m.
vid förändringar av ägar- eller
driftsformer inom vården

Dir.
2000:103

Beslut vid regeringssammanträde den 21 december 2000.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att utreda förutsättningarna för att införa särskilda tröghetsregler vid beslut om stora förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården samt lämna förslag till sådana regler. Utredaren skall särskilt beakta intresset av att upprätthålla en verksamhet som är tillgänglig för alla efter behov. Utredarens förslag skall syfta till att det demokratiska inflytandet över beslutsprocessen vid överlåtelse av driftsansvaret för den offentligt finansierade vården stärks. Utredaren skall

- analysera argumenten för och emot införande av särskilda tröghetsregler för beslut om överlåtelse av driftsansvaret av akutsjukhus till den som avser att driva verksamheten i syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent,
- väga alternativen om särskilda regler mot en lagstiftning som inskränker möjligheterna att överlåta driftsansvaret av akutsjukhus till den som avser att driva verksamheten i syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent,
- analysera behovet av och lämna förslag på ändringar av lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, vilka kan komma att bli nödvändiga om ett förbud mot överlåtelse av driftsansvaret av akutsjukhus skall permanentas,
- analysera behovet och möjligheterna att påföra sanktioner mot ett landsting som bryter mot ett förbud att överlåta driftsansvaret av ett akutsjukhus till någon som avser att driva det i vinstsyfte,

- överväga om det finns behov av att särskilt definiera vad som avses med akutsjukhus och därmed sammanhängande begrepp,
- kartlägga internationella erfarenheter av förbud mot att driva sjukhus eller akutsjukhus med vinstsyfte,
- analysera situationen för personalkooperativ, andra ekonomiska föreningar och små företag som verkar eller vill verka inom hälso- och sjukvården,
- analysera argument för och emot att ett driftsavtal mellan landstinget och en privat entreprenör skall kunna avse endast en viss del av driften,
- utifrån de allmänna utgångspunkterna i uppdraget föreslå de författningsändringar eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade,
- lämna ett delbetänkande senast den 30 september 2001 i frågan om att införa särskilda regler för beslut om överlåtelse av driften av akutsjukhus som ersätter den nu gällande lagen om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan.

Bakgrunden

Lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan och regeringens proposition om sjukhus med vinstsyfte – behovet av översyn och vidare analys.

I lagen om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, inskränks landstingens rätt enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstingen ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. Uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus får inte överlämnas till den som avser att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent. Med akutsjukhus förstås vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård.

Lagen är tidsbegränsad. Den träder i kraft den 1 januari 2001 och gäller till utgången av år 2002. Akutsjukhus som vid lagens ikraftträdande drivs enligt avtal med landstinget berörs inte.

Syftet med att i lag inskränka landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus är dels att garantera att akutsjukhus även i framtiden drivs utan vinstintresse, dels att skydda de grundlägg-

gande principerna för svensk hälso- och sjukvård. Dessa principer innebär att den svenska sjukvården också framledes skall styras efter principerna om vård efter behov och vård på lika villkor. Detta förutsätter att vården finansieras solidariskt och gemensamt. Sjukvården måste bäras upp av ett demokratiskt huvudmannaskap. För en sjukvård som bygger på ovanstående principer är det särskilt viktigt att den demokratiska processen värnas och utvecklas.

Den svenska sjukvården genomgår idag stora och nödvändiga organisatoriska omdaningar som kommer att fortsätta även i framtiden. Huvudmännen tar olika initiativ för att stimulera mångfald inom vården. Sjukvårdspersonal, ideella organisationer och företag erbjuds möjligheter att ansvara för driften av delar av vården genom avtal med huvudmännen.

När sådana förändringar genomförs i en demokratisk organisation, är det av yttersta vikt att medborgarna tillförsäkras information och stort inflytande. Förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården måste stå i samklang med medborgarnas önskemål och förväntningar på den offentliga sektorn i allmänhet och på sjukvården i synnerhet.

Regeringen bejaktar den utveckling som sker inom vården beträffande alternativa ägar- och driftsformer. Särskilt inom den öppna vården ser regeringen att en mångfald av vårdgivare kommer att kunna stärka hälso- och sjukvården i framtiden. Samtidigt finns det alltid en risk att strävan efter mångfald leder till att ett fåtal stora aktörer blir de enda som finns kvar efter ett antal år. Personal-kooperativ och små företag har många gånger svårt att i upphandlingssituationerna klara av att konkurrera med de större bolagen. Risken finns att det tidigare offentliga monopolet byts mot ett oligopol, där enbart de stora bolagen kommer att bedriva vård vid sidan av det offentliga.

Eftersom de inskränkningarna som finns i rätten att överlåta driftsansvaret av ett akutsjukhus syftar till att skydda de grundläggande principerna i svensk hälso- och sjukvård, är det av stor vikt att följa upp effekterna av lagen om inskränkning i rätten att överlåta driften av akutsjukhus, se prop. 2000/01:36. Av propositionen framgår vidare att en utredning skall tillsättas som skall analysera vilka effekter lagen får samt överväga om en annan reglering, som stärker det demokratiska inflytandet över beslutsprocessen vid försäljning och överlåtelse av driftsansvaret för den offentligt finansierade vården, vore mer ändamålsenlig än en lag som inskränker landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus.

Uppdraget

Utredaren skall behandla medborgarnas inflytande över stora förändringar av sjukvårdens ägarformer och driftsformer. En grundläggande princip för arbetet måste vara att ett starkt medborgerligt inflytande ökar den enskildes möjlighet till delaktighet vid utformningen av sjukvården liksom att sjukvården måste vara likvärdig över hela landet.

Utredaren skall analysera argument för och emot införande av särskilda regler för beslut om överlåtelse av driftsansvaret av akutsjukhus till den som avser att driva verksamheten i syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent. Förslag på sådana så kallade tröghetsregler som närmare bör utredas är bl.a. beslut med kvalificerad majoritet eller krav på två likalydande beslut i den beslutande församlingen med mellanliggande allmänna val till den beslutande församlingen. Det står utredaren fritt att analysera och komma med förslag på andra särskilda regler vid beslut om överlåtelse av driftsansvar.

Utredaren skall väga alternativen om särskilda regler mot en lagstiftning som inskränker möjligheterna att driva akutsjukhus med vinstsyfte. I detta sammanhang skall utredaren ägna särskild uppmärksamhet åt aspekter som rör den kommunala självstyrelsen och ett fortsatt förbud mot att driva akutsjukhus i vinstsyfte. Intresset av att värna den kommunala självstyrelsen och införande av tröghetsregler skall vägas mot intresset av att värna om en sjukvård som är demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och som ges utifrån behov.

Utredaren skall analysera behovet av och lämna förslag på ändringar av lagen om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, som kan komma att bli nödvändiga om ett förbud mot överlåtelse av driftsansvaret för akutsjukhus skall permanentas.

Utredaren skall särskilt analysera behovet och möjligheterna att i sådant fall påföra sanktioner mot ett landsting som bryter mot ett förbud att överlåta driftsansvaret av ett akutsjukhus till någon som avser att driva det i vinstsyfte.

Av förarbetena till lagen om inskränkning i rätten att överlämna driften av akutsjukhus, framgår att begreppen sjukhus och akutsjukhus inte ges någon annan definition än vad som följer av de i hälso- och sjukvårdslagen använda begreppen. Av lagen och förarbetena framgår vidare att med verksamhet med vinstsyfte avses

verksamhet som drivs med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

Utredaren skall överväga om behov finns av att i lagstiftning eller i annan form särskilt definiera begrepp som till exempel akutsjukhus, vinstsyfte och vinst.

Förbud mot att driva sjukhus eller akutsjukhus med vinstsyfte finns även i andra länders lagstiftning, bl.a. Nederländernas, Kanadas och Nya Zeelands. I detta sammanhang är det därför av vikt att utredaren kartlägger internationella erfarenheter av förbud mot drift av sjukhus eller akutsjukhus i vinstsyfte.

Utredaren skall analysera situationen för personalkooperativ, andra ekonomiska föreningar och små företag som verkar eller vill verka inom hälso- och sjukvården. Deras möjlighet att konkurrera om uppdrag inom hälso- och sjukvården är helt avgörande för att regeringens ambition om en ökad mångfald skall kunna förverkligas.

Särskilda krav måste ställas på de avtal som sluts mellan ett landsting och en privat entreprenör vid överlåtelse av driftsansvaret av ett akutsjukhus, bl.a. när det gäller kvalitetsuppföljning och konsekvenserna av om någon av parterna bryter avtalet i förtid. Utredaren skall överväga om det finns behov av att särskilt reglera vilka avtalstyper samt avtalsvillkor som bör tillämpas vid överlåtelse av driften av akutsjukhus till annan som avser att driva verksamheten med vinstsyfte.

En viktig fråga vid överlåtelse av driftsansvaret av ett akutsjukhus till en privat entreprenör är avtalstidernas längd och konsekvenserna av avtal som sträcker sig över en längre tid än en mandatperiod. Vid en analys av avtalstidernas längd måste såväl de privata entreprenörernas behov av långsiktig planering av sjukhusverksamheten beaktas som medborgarnas möjligheter att i allmänna val utöva sitt inflytande. Regeringen avser att utreda frågan i ett annat sammanhang.

När hela driftsansvaret för ett akutsjukhus överläts till en privat entreprenör är det möjligt att avtalet mellan entreprenören och landstinget beträffande vilka sjukvårdstjänster som skall tillhandahållas landstinget, avser endast en viss del av driftskapaciteten vid sjukhuset. Den privata entreprenören kan för den resterande delen av driften ha intresse av att driva verksamhet på helt egna villkor. Detta kan vara fallet om den privata entreprenören vill kunna erbjuda exempelvis ett företag en särskild sjukvårdstjänst. Utredaren skall utreda konsekvenserna av att ett avtal mellan landstinget och

en privat entreprenör endast avser en viss del av driften som entreprenören bedriver vid sjukhuset och att entreprenören själv sätter villkoren för den resterande delen. Utredaren skall i detta sammanhang särskilt analysera om en sådan konstruktion överensstämmer med målen för hälso- och sjukvården som de uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen samt kommunallagens (1991:900) bestämmelse om likabehandling av kommunmedlemmar.

Tidsplan för arbetet m.m.

Utredaren skall senast den 30 september 2001 lämna ett delbetänkande i frågan om att införa särskilda regler för beslut om överlåtelse av driften av akutsjukhus som ersätter den nu gällande lagen om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan.

Utredaren skall lämna sitt slutbetänkande senast den 1 december 2002.

Utredaren skall arbeta i samråd med utredningen Åtgärder för att stärka den medborgerliga insynen och deltagandet i den kommunala demokratin (Ju 1999:98).

(Socialdepartementet)

Hur påverkas klinisk forskning och utbildning av olika ägarformer i sjukvården?

av Peter Aspelin, professor, Karolinska Institutet, Stockholm

Sammanfattning

Svensk sjukvård håller hög internationell standard. Förutsättningarna för klinisk patientnära FoU är unika i Sverige. Kvaliteten på denna forskning är fortsatt internationellt hög, men Sverige har tappat senaste decenniet.

Att konkurrensutsättning/kostnadspress på sjukvård hotar patientnära FoU är ett globalt problem.

Lösningen på problemet ligger i en definition av sjukvårdens och FoU:s roll inom samhällets olika sfärer. En lokalt förankrad primärvård ska ha ett annat uppdrag än den regionala sjukvården. Universitetssjukhusens uppdrag bör definieras på den nationella nivån.

Utifrån skilda roller och uppdrag kan finansiering av sjukvård och FoU definieras och incitamentsstruktur för personalen tydliggöras och förbättras.

Om ovanstående kan genomföras spelar sannolikt en mångfald på produktionsidan inom sjukvården mindre roll för FoU.

Bakgrund

Den svenska sjukvården

Svensk sjukvård kännetecknas av en likvärdig sjukvård för alla, offentlig finansiering, en stark integration mellan sjukvård, utveckling, utbildning och forskning samt en hög standard sett i ett internationellt perspektiv.

Den svenska sjukvården har genomgått stora förändringar sedan 1960-talet då en stark ekonomisk tillväxt möjliggjorde en utbyggnad av välfärdsstaten. När den nya hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1982 fick landstingen både totalansvaret för den offentliga

hälso- och sjukvården och planeringsansvaret för all hälso- och sjukvård inom det egna upptagningsområdet. Vidare fördes ansvaret för de två statliga undervisningssjukhusen – Karolinska sjukhuset i Stockholm och Uppsala akademiska sjukhus – över till landstingen. Landstingen och de landstingsfria kommunerna fick nu stort utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar medan den statliga regleringen avsevärt begränsades.¹

Under de senaste tio åren har sjukvårdens kris och den kliniska forskningens kris diskuterats i olika forum. Nå, är sjukvården i kris? Egon Jonsson, adjungerad professor vid Karolinska Institutet och verksam vid SBU beskriver sjukvården i helt andra termer: "I Sverige, liksom i alla andra länder, investerar vi i sjukvård av rent humanitära skäl, inte av ekonomiska. De investeringar vi gör i sjukvård och medicinsk forskning är till för att hjälpa människor som är, och kommer att bli, i behov av sjukvård. De resurser som fördelas till sjukvården är avsedda att förbrukas för det ändamålet och inte för någonting annat och de behöver inte vara lönsamma i den meningen att de skall ge ekonomiska fördelar. Det är utgångspunkten, i själva verket axiomet, för sjukvården ur ekonomisk synpunkt".² Mats Brommels, professor vid i hälso- och sjukvårdsadministration vid Helsingfors universitet och ny chef för Karolinska Institutets satsning på medical management menar att sjukvården är att betrakta som "en tillväxtbransch med en ökad efterfrågan från en allt kunnigare befolkning. Sjukvården har inte varit och är inte i kris. Det vi har sett hittills är en finansiell kris för kommuner och landsting".³ Den kliniska forskningens problem belyses nedan.

Den svenska kliniska forskningen

Idag bedriver staten sin kliniska forskning och utbildning i landstingens organisation och ersätter berörda landsting för "intranget". Flera har försökt fastställa storleken för detta "inträng". Detta har visat sig svårt. Den s.k. "Sandgrenska utredningen" (1989) tillkom som ett försök men utredningen valde istället att enas kring en gemensam kostnadsanalys och föreslår vissa systemändringar i syfte att förstärka och underlätta samarbetet mellan de båda huvudmännen.⁴

Ett nytt försök att definiera gräzonen mellan klinisk forskning och sjukvård på universitetssjukhus gjordes i den s.k. "Gråzonsut-

redningen”.⁵ Några faktorer av vital betydelse för sjukvårdens FoU definierades:

- Krav på tydliggörande av kostnadsfördelningen inom svensk sjukvård i kombination med krympta resurser har oavsiktligt minskat resurserna för FoU i storleksordningen 1,5 miljarder kronor
- Kunskaperna om sjukvårdens FoU är bristfällig
- Ledarskapet har stor betydelse för integreringen av universitetssjukhusens verksamheter
- Universitetssjukhusen har inte lyckats förklara sin roll inom högspecialiserad vård och FoU för övriga delar av landet
- Ansvarsfördelningen mellan sjukvård och FoU på universitetssjukhusen är idag otydlig

Rapporten mynnade ut i ett antal slutsatser:

- Fortsatt kraftfull satsning på sjukvårdens FoU är av avgörande betydelse för kvaliteten på Sveriges framtida sjukvård
- Universitetssjukhusen skall förutom att bedriva bassjukvård vara centra för högspecialiserad vård, kompetensuppbyggnad och kompetensöverföring, utbildning, utveckling och forskning
- Kommunikation och kunskapsöverföring mellan universitetssjukhusen och övriga sjukvårdsproducenter måste öka
- Betydande resurser satsas på FoU-verksamheten vid universitetssjukhusen som måste ta ett ökat ansvar för att redovisa såväl verksamhet som resursutnyttjande
- Som en följd av svårigheterna att exakt fastställa gråzonens omfattning och kostnaderna måste samtliga aktörer i samverkan fastställa nivåer och fördelning av FoU-resurser
- Det är viktigt att alla landsting känner ansvar för utvecklingen av sin verksamhet. Med detta ansvar följer naturligtvis också rätten att påverka inriktningen på sin FoU-satsning
- Med ökat engagemang från alla landsting kommer vinsterna från FoU snabbare ut i sjukvården. Därför bör alla landsting i samverkan med universitetssjukhusen ta fram en konkret handlingsplan för regionala FoU-satsningar

1998 tillsatte MFR en arbetsgrupp med uppdraget att granska hur villkoren för den kliniska forskningen förändrats inom dagens sjukvård i Sverige och internationellt samt ge förslag på vilka åtgär-

der som skulle krävas för att förstärka denna.⁶ En inventering påvisade sex problemområden av betydelse:

- Sjukvårdens hårdare ekonomiska styrning.
- Försvagad forskningsmiljö på universitetssjukhusen
- Brister i hälso- och sjukvårdens organisation och i ledningens förståelse av den kliniska forskningens villkor.
- Otillräckligt patientunderlag för forskning vid universitetssjukhusen på grund av att tyngdpunkten i vården förskjutits mot vård på länsdelssjukhus och mot primärvård, samtidigt som den kliniska forskningen inte ökat tillräckligt i primärvården
- Ökat avstånd mellan kliniska och prekliniska forskare bland annat på grund av minskad rekrytering av läkare till preklinisk forskning.
- Lägre status än tidigare för medicinsk, särskilt klinisk, forskning vilket speglar en attitydförändring hos beslutsfattare.

Vid en jämförelse med förhållande i USA och Storbritannien gjordes följande tre iakttagelser:

- Kliniska avhandlingar förefaller ofta ha lägre kvalitet än grundforskningens avhandlingar. I Sverige satsas betydande medel på klinisk forskarutbildning, men resultatet är tveksamt beroende på dålig kvalitet i utbildningen och bristande kontinuitet. De forskarstuderande får ofta alltför dålig träning i vetenskaplig metodik och kan sedan inte arbeta självständigt som forskare.
- De kliniska forskarna har dålig kontinuitet i sin forskning. I USA är en nydisputerad forskare (s.k. "assistant professor") mycket mera självständig än i Sverige. Vederbörande skall skaffa egna anslag, har egna doktorander etc. Den kliniska kompetensen vidmakthålls genom tre månaders arbete per år på klinik.
- Den kliniska forskningen i Sverige har tydliga rekryteringsproblem. I USA är det vanligt att man blir "assistent professor" vid cirka 35 års ålder. I Sverige avlägger en klinisk forskare sin doktorexamen vid 40–44 års ålder i genomsnitt.

MFR:s arbetsgrupp pekade också på Robert Mays artikel "The scientific wealth of nations" (1997)⁷ som en väckarklocka. Om man räknade artiklar respektive citeringar av vetenskapliga artiklar per invånare hamnade Sverige högt på listan (på tredje respektive andra plats) i början av 1980-talet. Men förändringen över tiden visade att flera länder som låg högt i början av perioden – däribland Danmark,

Sverige, Schweiz och Storbritannien – därefter visar sjunkande citering per artikel. I två bibliometriska studier 1990⁸ och 1998⁹ undersökte MFR om det gick att särskilja preklinisk och klinisk medicinsk forskning på denna punkt. Man fann att genomslaget av prekliniska forskningsresultat tycks ha utvecklats bättre än den kliniska om 1980-talet jämfördes med 1990-talet. Dessutom syntes tecken på en långsiktig nedgång av internationell publicering (mätt i svensk andel) av artiklar i klinisk medicin.

I MFR-rapporten framhålls att klinisk forskning utgör den viktiga och nödvändiga länken mellan grundforskning och införandet av nya behandlingsmetoder. Som exempel på konkreta resultat av klinisk forskning nämns upptäckten av Helicobakter när det gäller utveckling av magsår, Losec för behandling av magsår och utvecklingen av Healon för ögonkirurgi. Därför måste klinisk forskning tillförsäkras resurser. Man skriver "En stark patientnära forskning bidrar till ett fortsatt vetenskapligt förhållningssätt inom sjukvården, möjliggör en sjukdoms- och patientfokuserad, snabb tillämpning av nya upptäckter och bidrar till en vetenskapligt grundad, kontinuerlig utvärdering av effektivare metoder till nytta för patienter och folkhälsa".

Några förslag på förbättringar var

- Klinisk forskningscentra bör inrättas inom hälso- och sjukvården
- Hälso- och sjukvårdens chefer på divisions-, klinik- och vårdcentralnivå bör ha egen forskningserfarenhet
- Möjligheterna bör ökas för sammanhängande forskningsperioder för kliniska forskare genom att särskilda medel avsätts till lön för dessa
- Grund- och specialistutbildningen bör vara mer genomtyrd av ett vetenskapligt förhållningssätt
- Den kliniska forskarkarriären måste inledas tidigare så att den genomsnittliga åldern för avläggandet av doktorsexamen, särskilt i kliniska ämnen, kan sänkas

Nutid och framtid

Nyckelfrågor för framtiden

Två huvudfrågor återstår att förtydliga

Universitetssjukhusens uppdrag

Uppdraget måste definieras och förtydligas. Alla är ense om att den medicinska forskningen framgent – och i större utsträckning än vad som idag är fallet – ska kunna famna hela vårdkedjan. Forskning måste därför även bedrivas utanför sjukhusen. Universitetssjukhus måste inte vara stora i den meningen att de ska bedriva en stor andel basal sjukvård. Ändå är det tveklöst så att universitetssjukhusen kommer att spela en avgörande betydelse för den medicinska forskningens utveckling och kvalitet. Deras roll som kunskapsgenerator och kunskapsförmedlare kan inte nog betonas. Därför bör de snarare vara forskningsinriktade, högspecialiserade, besitta stor utredningskapacitet och förmåga att hålla samman stora forskningsprojekt. I detta sammanhang är det av vikt att man tar ställning till hur många universitetssjukhus Sverige ska ha. Sannolikt bör antalet reduceras.

Universitetssjukhuset skall

- vara centrum för utbildning av läkare, sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal
- stå till tjänst med högspecialiserad vård
- utveckla nya metoder för diagnostik och behandling
- utvärdera gamla metoder för diagnostik och behandling
- vara en bro mellan preklinisk och patientnära forskning
- vara konsult för andra sjukvårdsinrättningar
- stå till tjänst för myndigheter i etiska och samhällsfrågor
- svara för kunskapsöverföring till vårdgivare och allmänhet främst inom den egna regionen

Incitamentsstrukturen

Om universitetssjukhusen i framtiden ska vara ett sådant nav är det av vikt att de incitament som finns för personer som arbetar där är de rätta. Ett av skälen till att den kliniska patientnära forskningen i Sverige har tappat mark är bl.a. bristen på incitament. Tidigare var

det en självklarhet och ett krav att personer i ledande befattningar inom universitetssjukhusen var forskarutbildade och hade god kännedom om aktuell forskning och utveckling. Så är inte längre fallet. Detta har bidragit till att rekryteringen av kliniska forskare försvårats och att motivet för att forska minskat för dem som tänker sig ledande befattningar inom sjukvården.

Likasa har rollen för de som arbetar inom universitetssjukhusen förändrats påtagligt. I två stycken artiklar av Goldstein & Brown¹⁰ respektive Judith L. Swain¹¹ har den kliniska forskarens roll diskuterats. De är överens om att ökade krav på kompetens inom sjukvård, forskning och utbildning i framtiden gör det omöjligt för en och samma person att axla alla tre roller med fullgott resultat. De som arbetar på universitetssjukhus bör därför välja att fokusera på en eller högst två av dessa roller. Här blir incitamentsstrukturen betydelsefull.

Måste klinisk patientnära forskning bedrivas i ett så litet land som Sverige? Kan vi inte istället repliera på USA och andra länder? Sverige må vara litet sett till populationen men har – i och med sitt system med personnummer – unika förutsättningar för klinisk patientnära forskning. Det svenska personnumret möjliggör och underlättar både epidemiologiska studier och alla övriga former av patientnära forskning. Andra skäl varför svensk patientnära forskning bör ligga i den internationella framkanten är att vi också har välutbildade patienter med en positiv inställning till sjukvård och forskning.

Finansiering av FoU i sjukvården

Under 1990-talet ledde det allt snävare utrymmet för offentlig finansiering av hälso- och sjukvården till ett intensifierat utvecklingsarbete för att öka effektiviteten i budget- och styrsystem. Till exempel delade Stockholm läns landsting upp ansvaret för hälso- och sjukvården på beställare och utförare/producenter. Den allmänna trenden i hela landet har varit att man går från traditionella budgetsystem till prestationsrelaterade ersättningar och intäktsbaserade enheter.¹²

Staten och sjukvårdshuvudmännen har ett gemensamt ansvar för att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område. Detta förtydligande av sjukvårdshuvudmännens ansvar infördes i hälso-

och sjukvårdslagen (§ 26 b) och tillkom på förslag av Kommittén för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation inom ramen för HSU 2000.¹³

I nuvarande avtal om läkarutbildning och forskning (ALF) mellan staten och de sex berörda landstingen sker regleringen av hur den statliga ersättningen för klinisk forskning och utbildning ska fördelas landstingen emellan. År 2000 uppgick den statliga ersättningen till landstingen för deras merkostnader för klinisk forskning och utbildning till drygt 1,6 miljarder kronor. Regeringen beslutade i december 1998 att säga upp avtalen som har en uppsägningstid på fem år. Regeringen uppdrog i juni 2001 åt en särskild utredare att förhandla fram och sluta en ny överenskommelse med sjukvårdshuvudmännen "om ett nytt system för ersättning för vissa kostnader i samband med läkar- och tandläkarutbildning samt medicinsk och odontologisk forskning".¹⁴

Idag råder konsensus om att utrymmet för forskning och utbildning på universitetssjukhusen har minskat till förmån för en växande vårdproduktion. Att bedriva utveckling, utbildning och forskning och sjukvård tillsammans är – i det korta perspektivet – förvisso dyrare än att bedriva sjukvård i en renodlad sjukvårdsmiljö. Sett i ett längre perspektiv blir bilden emellertid en annan. I Stockholms läns landstings skrift "En lönsam investering" från 1997 hänvisas till ett exempel från USA: "I USA ansåg forskarna 1996 att kongressens anslag var för njuggt tilltaget. En fristående revisionsbyrå sattes därför att granska vad forskningsmedlen åstadkom för påverkan på sysselsättning, företagsbildning, export, sjukvårdsbesparingar mm. Det förbluffande resultatet blev att satsade 12 miljarder dollar, enligt revisorerna, gav en utdelning motsvarande 640 miljarder dollar i ökad BNP. Utdelningen var mer än 50-faldig! En tvivlande kongress lät sina egna revisorer kontrollera siffrorna, som visade sig hålla. Resultatet blev att en förväntad minskning av forskningsbudgeten i stället blev en ökning med 6 procent! Ingenting talar mot att inte samma förhållanden gäller även i vårt land. Svensk medicinsk forskning anses allmänt vara minst lika effektiv som amerikansk. Översatt till svenska förhållanden skulle det därför innebära att en satsad krona ger 50 tillbaka".¹⁵

Erfarenheter från USA och England har visat att om sjukvård och klinisk forskning och utbildning bedrivs jämsides så ökar kostnaden med cirka 20–25 % jämfört med verksamhet där enbart sjukvård bedrivs. Sjukvården är samhällets mest forsknings- och utbildningstäta verksamhet med flest antal högskoleutbildade av alla

”företag” i Sverige. Om man jämför med högteknologisk industri (telekom och läkemedelsindustrin) så avsätter dessa ca 15 % av omsättningen till FoU. Rimligt vore att en lika stor avsättning till FoU görs inom sjukvården. Nästan all sjukvård i Sverige bedrivs i offentlig regi. Alltså måste den offentliga sektorn svara för detta. Sjukvården kostar idag ca 140 miljarder kronor. Därtill kommer kostnaden för sjukförsäkringssystemet som idag uppgår till ca 120 miljarder kronor. Idag uppgår statens ersättning för klinisk forskning och utbildning till 1,6 miljarder (de s.k. ALF-medlen). Därtill kommer delar av högskoleanslagen och medel från olika statliga fonder. Hur stor summa landets sjukvårdshuvudmän satsar har hittills varit svår att uppskatta. Den enkätundersökning som pågår i januari-februari år 2002 – som ett led i ALF-förhandlingarna – kommer att ge en klarare uppfattning om vilka summor som staten och landstingen sammantaget satsar i FoU.

Intressant är att National Institute of Health (NIH) i USA numera årligen satsar 25 miljarder dollar på medicinsk forskning – vilket motsvarar cirka 800 kr per invånare. Denna summa har uppnåtts genom att satsningar på den medicinska forskningen flerfaldigats på senare år. Under motsvarande tidsperiod har den svenska statens satsningar på medicinsk forskning i reala termer minskat. Om samma ambitionsnivå skulle gälla för sjukvården som för Telecoms och läkemedelsindustri bör 15 % av sjukvårdskostnaderna – ca 15–30 miljarder – avsättas till FoU. Detta för att svensk sjukvård skulle kunna bibehålla den höga standard vi är vana vid. En satsning i den storleksordningen skulle sannolikt också innebära att Sverige kunde återta platsen som en av världens ledande länder inom farmaceutisk industri och bioteknik och också göra den kliniska forskningen mindre beroende av externa aktörer. Både forskning och evidensbaserad medicin skulle då kunna inriktas mot alternativa behandlingsformer till den idag så styrande läkemedelsforskningen.

Konkurrensutsättning i vården – påverkan på FoU

Flera risker finns om ett alltför kortsiktigt lönsamhetstänkandet inom sjukvården får råda:

Alla processer inom hälso- och sjukvården – sjukvård, utveckling, utbildning och klinisk forskning måste definieras och värnas eller – översatt till marknadstermer – köpas eller upphandlas. I en

artikel – publicerad i "Dagens Medicin" från 2000-09-26 har jag tillsammans med de båda landstingsråden Stig Nyman (kd) och Elaine Kristensson (s) beskrivit vad som måste beaktas när sjukvård upphandlas. En effektiv sjukvårdsproduktion ska givetvis premieras. Kortsiktigt kan en sådan upphandling te sig som en lönsam affär för sjukvårdshuvudmannen – sjukvården blir ju helt plötsligt billigare! Men viktiga delar har då glömts bort, nämligen klinisk forskning, utveckling och utbildning som måste till för att garantera mer långsiktiga värden inom hälso- och sjukvården.

När ett slags köp-säljssystem (det s.k. HMO-systemet) infördes i USA visade det sig att man tappade i konkurrenskraft inom FoU-verksamheten. Vid en jämförelse mellan HMO-områden och områden utan HMO-system visade det sig att HMO-områden fick betydligt mindre forskningsanslag från NIH än de hade fått före systemets införande jämfört med övriga områden. Detta visar viktigen av att tydligt definiera forskning, utbildning och utveckling och att rätt prissätta dessa innan man inför köp-sälj-system. En alltför tydlig fokusering på lönsamhet och vård riskerar annars att placera FoU i skymundan.

Det är därför viktigt att konstatera att det som inträffat i Sverige de senaste åren, nämligen att pressen på sänkta kostnader i sjukvården haft negativa effekter på FoU inte är en isolerad svensk företeelse utan även internationell trend. Desto viktigare är det därför att frågan får en lösning.

Vissa enheter inom hälso- och sjukvården har till uppgift att föra den medicinska utvecklingen framåt och agera som motorer för sjukvårdssystemet i dess helhet. Detta gäller särskilt verksamhetsområden vid universitetssjukhusen, som har en skyldighet att vidareutvecklas och hålla sig à jour med vad som händer internationellt och nationellt. De ska agera brygga mellan grundforskning och den praktiskt tillämpade vården och kunna introducera nya metoder under kontrollerade former. De har ett ansvar att se till att nya metoder och teknologier kommer den övriga hälso- och sjukvården till godo.

Forskning, utveckling och klinisk utbildning utgör ett integrerat system med sjukvården. Mest omfattande och tydligast är detta vid universitetssjukhusen, som också har ett ansvar för regionsjukvård. Den omfattande och integrerade verksamheten är till stora delar av godo för utvecklingen men kan samtidigt medföra att kostnaderna för vården blir något högre än vid enheter som mer odelat kan koncentrera sig på att tillhandahålla vård. De delar inom sjukvården

som inte är tydligt prissatta eller kostnadsdefinierade måste därför definieras, exempelvis verksamhetsutveckling (nya sjukvårdsformer, vårdprogram m.m.) produktutveckling och implementering av ny teknologi.

Utbildning efter den statliga grundutbildningen är ett annat angeläget område att värna om. Sjukvårdhuvudmännen har ansvar för att läkare under utbildning erhåller AT- och ST-tjänstgöring. Vidare för att blivande psykologer, sjuksköterskor, sjukgymnaster arbetsterapeuter m.fl. erhåller den kliniska utbildning som krävs för legitimation. Det förekommer också att vårdgivare utbildar specialister (läkare) för att täcka länets behov och inte enbart till den egna verksamheten. Ögonkirurger och patologer är ett par exempel.

Det livslånga lärandet (fort- och vidareutbildning efter den traditionella specialistutbildningen) är ett annat angeläget område att beakta. Det senare ett krav för att kunna attrahera och behålla kompetent och engagerad personal. Vid en konkurrensutsättning av vården måste alla sådana åtaganden preciseras (omfattning, inriktning, ekonomisk kompensation etc.) och regleras i särskilda avtal.

Om utvärdering av patientvården och införandet av nya evidensbaserade behandlingsmetoder ska vara möjlig krävs också en samordning och gemensam infrastruktur mellan öppenvård och slutenvård. Annars tappar man stora viktiga patientgrupper inom folkjukdomar som t.ex. reumatism, diabetes, astma-allergi och hypertoni som alltmåra sköts inom öppen specialist- eller allmänvård.

Fortfarande har universitetssjukhusen emellertid även en viktig kunskapsförmedlande uppgift som "sista instans" vid vård av komplicerade och ovanliga vårdfall i sjukvården. Sjukhusen måste upprätthålla en kompetensbredd som inte finns på andra sjukhus. Man utgör också en kunskapsbank och får förfrågningar från andra vårdenheter. Kolleger vid vårdcentraler och andra sjukhus runt om i landet kan alltså idag "gratis" konsultera specialister på dessa sjukhus i frågor som rör de egna patienterna. Vem ska bestämma priset på denna kunskapsförmedling och hur lätt är det inte att strypa den om lönsamhetstänkandet blir allena rådande.

Idag kännetecknas hälso- och sjukvården av en långtgående fragmentering. Exempelvis har Socialstyrelsen idag fastställt 62 specialiteter inom läkarkåren. Man kan fråga sig vem i samhället som har till uppgift att se till helheten inom hälso- och sjukvården? Vem förmår ta ansvar för hela vårdkedjan och för patienten? Om kort-

siktig lönsamhet inom sjukvården alltid sätts främst så får de enheter inom sjukvård mest resurser som utför mest sjukvård på bekostnad av FoU.

En fråga som idag är mycket debatterad är hur den kliniska forskningen påverkas av att den externa forskningsfinansieringens relativa andel ökar. I ett flertal debattartiklar i Dagens Medicin, Läkartidningen, Dagens Nyheter och Svenska Dagbladet under det gångna året redovisar forskare från hela landet sin oro för utvecklingen. Under rubriken "Medicinska fakulteter till salu – näringslivet och egna bolag räddningen när staten sviker" beskriver Läkartidningen (nr 46/2000) utvecklingen vid Karolinska Institutet och Lunds universitets medicinska fakultet. Karolinska Institutet har inom loppet av fem år ökat de totala intäkterna från 2 till 3 miljarder. Mindre än hälften består av statliga anslag. I Lund svarar externa anslag för halva verksamheten. Samtidigt pekar man på att utvecklingen under de senaste decennierna har lett till "ökad konkurrens om allt mindre anslag, parallellt med att forskningen blivit högteknologisk och kostsam att över huvudtaget dra igång". Lösningen heter bland annat externa finansörer och handlar ytterst om att kunna behålla begåvade forskare inom landet.¹⁶

Samverkan med näringslivet ställer enskilda forskare vid universitet och högskolor i situationer där möjlighet att attrahera forskningsresurser till den egna forskargruppen ter sig lockande när nedskärningarna av det offentliga forskningsanslag nu blivit allt mer kännbara. Samtidigt finns en uppenbar risk för att ett för stort inflytande från utomstående forskningsfinansierer kan leda till att den fria forskningen äventyras och att forskningen också styrs bort ifrån "olönsamma" patientgrupper och från prevention. "Man biter inte gärna den hand som föder en." Även offentliga forskningsfinansierer kan locka forskare att styra forskningen till "lönsamma projekt" om de försöker styra forskningen på ett oklokt sätt.

Oberoende om forskning styrs till lönsamma/olönsamma patientgrupper är det viktigt att förstå att alla finansierer styr forskning på olika sätt. När externa finansierer dominerar den medicinska forskningen så stimuleras inte "fri" forskning utan forskningen styrs mot specifika områden exempelvis cancer, inflammation, vård etc. Läkemedelsforskningen är idag den i särklass dominerande forskningen i sjukvården medan alternativa behandlingsformer kan förbli outforskade i avsaknad av intresserade finansierer.

Inom EU ställs idag krav på samarbete med andra europeiska länder och nätverk. Forskare tenderar att anpassa sig till dessa krav

även i de fall det inte är nödvändigt eller ens det bästa tillvägagångssättet. Om staten inte är en betydande finansiär går innehållet i forskningen mot andra anslagsgivarnas önskemål och den fria forskningen minskar i betydelse. I detta sammanhang tål det att än en gång poängtera att nästan alla stora landvinningar har skett inom den fria forskningen och ytterst få inom den tillämpade.

Likasa kan självklart en ökad önskan från forskare att söka patent och att starta egna företag medföra att kortsiktigt lönsamhetstänkande och ökat "hemlighetsmakeri" inom forskning och vård uppstår. Dessa risker är hanterbara men måste uppmärksammas i tider då systemförändringar äger rum för att förhindra att kunskapsspridning fördröjs av enskilda "vinstintressen".

För att vara säker på att det inte föreligger en "bias" bör forskare och medelsbeviljare rannsaka sig själva. Ett sätt att säkerställa att yttre krafter inte prioriteras är att varje forskare och medelsbeviljare frågar sig själv om forskningen bedrivs där den gör mest nytta för patienterna och där kunskapsbristen är störst.

Nya aktörer i vården – påverkan på FoU

Antalet aktörer inom sjukvården kommer troligtvis att fortsätta öka. Flertalet politiska partier ser positivt på en mångfald inom sjukvårdsproduktionen även om vissa enheter – stora akutsjukhus – förväntas vara kvar i landstingets ägo.

Hur har då stat och landsting skött sina åtaganden? Ett av flera skäl till den kliniska forskningens och utbildningens "kris" är ju att dessa offentliga aktörer "effektiviserat" och tvingat igenom besparingar i sjukvården som indirekt drabbat den kliniska forskningen och utbildningen hårt. I debatten vädras ofta rädsla för vilken skada nya aktörer kan åsamka vår svenska sjukvård men frågan bör också ställas om nya aktörer kanske rent av kan vara till nytta för densamma. Finns det aktörer som är villiga att satsa mer på forskning och utbildning för att säkerställa kvaliteten och konkurrenskraften inom svensk sjukvård än monopolistiska landsting gjort? Av vikt är förstas att villkoren för att bedriva forskning och utbildning tillsammans med sådana eventuella nya aktörer noga analyseras innan dessa släpps in på marknaden.

Om man ser till andra verksamheter än sjukvården där konkurrens och mångfald finns så inser de flesta företag att långsiktig överlevnad och konkurrenskraft förutsätter utbildning och forsk-

ning inom det egna verksamhetsområdet. Det är därför tveksamt om en mångfald på produktionssidan utgör det stora hotet för klinisk forskning och utbildning. Nej, det största hotet utgör troligtvis monopolistiska köpare av sjukvård. En monopolistisk köpare anser sig kanske spara kostnader och effektivisera när man i själva verket nedprioriterar forskning och utbildning eller otillräckligt analyserar vad det är man köper/upphandlar. Det finns en uppenbar risk för att utbildning, utveckling och forskning – som ej specificerats i en upphandling – ej heller levereras av sjukvårdsproducenten ifråga vilket kan leda till snabb erodering av viktig FoU-verksamhet. Så har troligtvis varit fallet de senaste åren. Trots att Stockholms läns landsting har landets tydligast definierade FoU med separat budget för FoUU och ALF-medel så har ändå kostnadspressen inom sjukvården medfört en negativ utveckling för FoU-verksamheten.

Det är därför inte givet att en mångfald på produktionssidan skulle förvärra denna sats.

Man kan misstänka att om beställare av sjukvård inte tillgodoser och definierar FoU i sjukvårdsbeställningen kommer de eventuella "vinstaktörer" som uppträder som sjukvårdsproducenter på marknaden på ett tydligare sätt än "offentliga" sjukvårdsproducenter underlåta att delta i FoU-verksamhet. I dessa fall utgör privata producenter ett större hot än offentliga producenter.

Förslag på lösningar

Hur kan man integrera FoU i ett konkurrensutsatt sjukvårdssystem

En absolut förutsättning för detta är att sjukvårdens roll i olika sammanhang definieras utifrån uppgifter och resurser, dvs. ges tydliga uppdrag. Primärvårdens roll ska vara en annan än universitetssjukhusens roll. Primärvårdens och länsdelssjukvårdens uppdrag kommer att behöva formuleras olika i olika delar av landet eftersom befolkningens sjukvårdsbehov och hälsoläge blir föremål för sjukvårdspolitiska avvägningar.

Att den kliniska forskningens kris blir allra mest tydlig på universitetssjukhusen beror delvis på att den forskningen inte får plats om universitetssjukhusen måste svara för en stor andel vanlig bas-sjukvård. Om nationella hänsyn istället finge råda – dvs. om univer-

sitetssjukhusen roll och uppdrag definierades på den nationella nivån – så skulle de ges ett uppdrag som tydligare skilde sig åt från övriga sjukvårdsproducenters. Ett sådant uppdrag bör staten definiera i samråd med landsting och kommuner. När Ädelreformen infördes ansågs inte kommunerna behöva bedriva eller ansvara för någon sjukvård. Nu är verkligheten en annan. Idag har kommunerna ett inte obetydligt ansvar för sina kommuninvånarens hälso- och sjukvård. Detta perspektiv måste därför inkluderas i patientnära FoU. Ett nationellt uppdrag får också konsekvenser för bemanning och resurser. För att fullgöra sin roll måste ett universitetssjukhus ha personal med både forskningskompetens och *tid* för FoU. Ett uppdrag som definieras av staten i samråd med sjukvårdshuvudmännen och kommunerna ger möjlighet att "poola" resurserna. Det är också staten som – i samråd med dessa – bör fatta beslut om *antalet* universitetssjukhus – i synnerhet som antalet sannolikt behöver begränsas. Ett exempel på en nationell samordning av hög-specialiserad vård är barnhjärtkirurgin. Eftersom antalet patienter är litet ansågs en koncentration nödvändig för att kunna upprätthålla den kirurgiska kompetens som krävs för bästa möjliga vård. Staten skulle också – i och med att uppdraget definieras på den nationella nivån – kunna avkräva universitetssjukhuset resultat och redovisning för hur tid och resurser har använts.

Ett förslag på hur sjukvård, utbildning och forskning definieras för olika sjukvårdsproducenter skulle – mycket förenklat – se ut så här

- Primärvården står för X1 % sjukvård med Y1 % utbildning och Z1 % forskning.
- Länssjukvården står för X2 % sjukvård med Y2 % utbildning och Z2 % forskning.
- Universitetssjukhusen står för X3 % sjukvård med Y3 % utbildning och Z3 % forskning.

Kostnadsbilden och personaluppsättningen anpassas sedan till ovanstående fördelning. Först därefter kan man diskutera huruvida en konkurrensutsättning av sjukvårdsproduktionen påverkar FoU.

Den medicinska forskningen av idag lider brist på samordning. Forskningsprojekten är i dag för stora för att enskilda forskare eller ens forskargrupper ska kunna hålla ihop dem. Så stora patientmaterial krävs att inte ens befolkningen inom t.ex. Stockholms läns landsting, Region Skåne eller Västra Götaland är tillräckligt stor för

att kunna ge forskarna svar på vissa frågeställningar. Därtill är IT-systemen inom vården idag för många och oförenliga. Nationella lösningar och "poolade" resurser är även här en förutsättning för forskning av god kvalitet.

Statens utgifter för klinisk forskning och utbildning återfinns som en av flera utgiftsposter under utbildningsdepartementet. Risken är stor för att de pågående ALF-förhandlingarna mellan landsting och staten snävas in till att enbart handla om denna budgetpost. Mot bakgrund av det ovan sagda framstår även socialdepartementet och socialministern som självklara intressenter i detta sammanhang. Det är därför glädjande att socialministern nyligen aviserat en särskild handlingsplan för att säkra universitetssjukhusens framtida utveckling och framhållit att dessa är en angelägenhet för såväl utbildnings- som Socialdepartementet. Att regeringen nu är beredd att ta ett ökat ansvar för den specialiserade och högspecialiserade sjukvården samt för universitetssjukhusen är bra. "Bland annat handlar det om att precisera vilka områden staten respektive sjukvårdshuvudmännen ska ansvara för. Det är ingen tvekan om att vi måste inse att den riktigt högspecialiserade sjukvården också kommer att utvecklas i ett internationellt perspektiv. Så som sjukvården kommer att utvecklas - inte minst i perspektivet med den nya tekniken - måste man samverka på nationell nivå. Vi har inga instrument för det i dag", säger socialminister Lars Engqvist enligt Dagens Medicin.¹⁷

Situationen har ytterligare accentuerat sedan GZ-gruppen och MFR publicerat sina rapporter. Idag är alla ense om att landstingen själva inte förmår vända utvecklingen. Landstingen ansvarar för hälso- och sjukvården men staten betalar när antalet långtidssjuk-skrivningar och förtidspensioner ökar. Båda verksamheterna finansieras med skattemedel. Fortsatt god och lika sjukvård för alla förutsätter att forskning och utveckling får nödvändiga resurser för att kunna säkra och utveckla sjukvården i den riktning som behövs. Ytterst blir patienterna lidande om svensk sjukvård försämras. Det är därför nödvändigt att skapa ett garanterat utrymme för klinisk FoU och definiera vilka behov och värden som måste skyddas från ett lönsamhetstänkande i sjukvården.

Referenser:

- ¹ Behov och resurser i vården – en analys, delbetänkande av HSU 2000 – SOU 1996:3
- ² Sveriges ekonomi och sjukvårdens II, SBU-rapport nr 137 (1997)
- ³ Dagens Medicin, 2001-04-03
- ⁴ Sandgrenska utredningen, SOU 1989:29
- ⁵ Universitetssjukhusens roll och ställning, rapport från Gråzons (GZ) gruppen, 1994
- ⁶ Den kliniska forskningens kris och pris, MFR-rapport nr 5 1998
- ⁷ May RM. The Scientific wealth of nations. *Science* 1997;275:793–796
- ⁸ Persson O "Svensk publiceringsaktivitet inom klinisk medicin och biomedicin". Inforsk, Sociologiska institutionen, Umeå universitet. MFR Dnr 724/90
- ⁹ Persson O, Olsson P., Minskar den svenska kliniska forskningens publiceringsaktivitet och internationella genomslag? Inforsk, Sociologiska institutionen, Umeå universitet samt Karolinska Institutets bibliotek, Solna. 1998
- ¹⁰ Goldstein Joseph L. and Brown, Michael, *The Clinical Investigator: Bewitched, Bothered and Bewildered – But Still Loved*
- ¹¹ Swain, Judith L., Presidential Address to the American Society for Clinical Investigation, Washington DC, May 4, 1996 "Is There Room Left for Academics in Academic Medicine?"
- ¹² Behov och resurser i vården – en analys, delbetänkande av HSU 2000 – SOU 1996:3
- ¹³ SOU 1994:132
- ¹⁴ Budgetpropositionen för år 2002
- ¹⁵ En lönsam investering – forskning och utveckling i Stockholms läns landsting, 1997
- ¹⁶ Läkartidningen (nr 46/2000)
- ¹⁷ Dagens Medicin, 2001-12-11

Etiska synpunkter på vårdens ägarformer

av *Erwin Bischofberger*

En fungerande demokrati förutsätter en gemensam värdegrund i samhället. För att säkerställa demokratin och dess grund måste den politiska processen i samhället vägledas av etiska riktmärken. Liksom barnomsorg och skola hör sjukvården till samhällets och därmed politikens primära ansvarsområden. Det är nämligen på dessa områden som man möter personer med en nedsatt förmåga till självbestämmande och därför också en begränsad förmåga till personligt ansvarstagande.

En av utredningens huvuduppgifter är att undersöka hur ägarformer eller driftsformer inom sjukvården berör förhållandet mellan den enskilda medborgarens behov och rättigheter och samhällets ansvar för alla dem som inte själva kan tillgodose sina behov eller hävda sina rättigheter. En person som har gått miste om en eller flera somatiska eller psykiska funktioner behöver stöd genom politiska beslut som måste vila på etiska grunder. Att tydliggöra, hantera och om möjligt visa vägar till lösningen av konflikter är etikens uppgift. Det är därför som utredningen har valt att utgå från en etisk värdegrund.

Bakgrund

Det finns en lång rad statliga utredningen som har ägnat stor tankemöda åt att belysa och formulera etiska principer och konflikter. Dessa förekommer i alla de sammanhang där viktiga existentiella värden står på spel. Till dessa hör frågor om liv och död, hälsa och sjukdom, gemenskap och ensamhet, kunskap och illusion, trygghet och utsatthet. När utredningen ägnar ett avsnitt åt etiska överväganden har den funnit goda förebilder i en rad statliga utredningsbetänkanden som har publicerats de senaste 20 åren.

Bland de statliga betänkanden som är mest relevanta för denna utredning kan nämnas Vårdens svåra val (SOU 1995:5) och Värdig

vård vid livets slut (SOU 2001:6). Det förstnämnda och för denna utredning grundläggande betänkandet av prioriteringsutredningen baserar sina förslag till prioriteringar i sjukvården på tre etiska principer: människovärdesprincipen (1), behovsprincipen (2) och kostnadseffektivitetsprincipen (3). Princip (1) innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Princip (2) som också kallas solidaritetsprincipen säger att resurserna bör satsas på de människor eller verksamheter som har de största behoven. Det finns nämligen människor som kan efterfråga vård utan att behöva den, och det finns människor som behöver vård utan att ha förmågan att efterfråga den. Princip (3) betyder att man vid val mellan olika åtgärder eller verksamhetsområden bör sträva efter en rimlig relation mellan kostnader och resultat, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Människovärdesprincipen och behovsprincipen har antagits av riksdagen och införts som en del av Hälso- och sjukvårdslagen.

Inför den politiska och administrativa prioriteringen placerar prioriteringsutredningen följande tillstånd respektive patienter på högsta nivå: Vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död; vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

Kommittén om vård vid livets slut tar i sitt slutbetänkande fasta på prioriteringsutredningens etiska principer och konkreta förslag. Den vidgar perspektivet och söker tydliggöra begrepp som "palliativ vård i livets slutskede" och "människor med nedsatt autonomi". När kommittén formulerar de etiska grunder den utgår från skiljer den i beskrivningen av människan mellan person och aktör. Distinktion är nödvändig om man vill värna varje människas lika värde och värdighet. Denna hör nämligen hemma i människan som person. Om den hörde hemma i människan som aktör skulle människovärdet vara olika hos olika människor beroende på att det finns mer eller mindre funktionsdugliga, mer eller mindre framgångsrika aktörer. Alla aktörer är personer, men inte alla personer är aktörer. Om en person inte längre är aktör förblir hon helt och hållet person med anspråk på att få sitt oförytterliga människovärde respekterat. Denna ståndpunkt har stor betydelse för denna utredning eftersom prioriteringarna för att säkerställa varje patients människovärde genom en optimal vård skall gälla oavsett under vilka ägarformer vården bedrivs.

Utredning bygger alltså på redan genomförda etiska reflektioner men vill vidga perspektivet. Frågor om vårdens ägarformer väcker nya frågor och söker nya svar. Å ena sidan skall varje persons rätt till en människovärdig tillvaro och en adekvat vård säkerställas av ett solidariskt samhälle, men å andra sidan bör det öppna demokratiska samhället söka efter vårdformer som bättre än hittills erbjuder en optimal vård baserad på frihetsprincipen. Den fortsatta gången i detta avsnitt i utredningen skall belysa den enskilda personens behov, samhällets begränsade möjligheter att tillgodose dessa behov och komplementära vårdformer ur ett ägarperspektiv. Detta avsnitt belyser:

- Den specifika etiska frågeställningen
- Människosynens individuella perspektiv
- Det sociala perspektivet
- Rättvisa och Frihet
- Subsidiaritetsprincipen
- Solidaritetsprincipen
- Sammanfattning

Den specifika etiska frågeställningen

Etiken kan definieras som konsten att dra gränser mellan gott och ont, rätt och fel. Alla människor har en tydlig eller tyst kunskap – eller åtminstone en slumrande aning – om att vissa handlingar är påbjudna medan andra är förbjudna. Problemet är att inte alla människor drar samma gränser mellan tillåtna eller påbjudna ingrepp i varandras och i naturens liv och etisk oförsvarliga övergrepp mot varandra. Somliga menar att konflikter inte får lösas med våld, andra hävdar att vissa våldshandlingar exempelvis mot förbrytare är nödvändiga, ytterligare grupper på etikens dialogtorg kräver att våldsbegreppets innebörd först måste definieras för att man sedan skall kunna dra de oumbärliga gränserna mellan rätt och fel.

Det är olikheten i tanke och tradition som har lett till att man i olika kulturer har formulerat värderingar och normer avsedda att sammanföra och bygga upp olika samhällen. Dessa regler har tjänat som ett kitt som skulle hålla ihop samhällets divergerande krafter. I vår kultursfär har den judisk-kristna livsåskådningen och den grekiska filosofin satt sina tydliga spår på våra värderingar och normer, på vad vi menar med frihet och ansvar, behov och krav, rättigheter och skyldigheter. Dessa två traditioner för den etiska gränsdrag-

ningskonsten har påverkat den västliga kultursfären ända till våra dagar. Visserligen har dessa traditioner med Tio Guds bud i Gamla testamentet, Bergspredikan och Paulus etiska undervisning i Nya testamentet, Hippokrates läkaretiska regler, Aristoteles dygdetik och stoicismens etiska synsätt under historiens senare faser underkastats etisk granskning och i många fall blivit modifierade. Men de har lagt grunden även för vår tid. I många fall har de utövat ett avgörande inflytande på universella deklarationer och konventioner som åtminstone teoretiskt har anammats av så gott som hela mänskligheten.

När denna utredning talar om etiska frågor måste den göra ytterligare en distinktion. Med termen etik (ett ursprungligen grekiskt ord) avser den gränsdragningskonsten i teorin. Etik kräver tanke- möda och leder förhoppningsvis till insikter. Termen moral (ett ord med latinska rötter) syftar till praktiserad eller tillämpad etik. Meningen med etiska insikter är att de skall leda till moraliska insatser.

De ovan nämnda kommittéerna och en rad andra statliga utredningar samt skriftserien *Etiska Vägmarken* utgiven av Statens medicinsk-etiska råd har undersökt och utvecklat en mängd andra etiska grundbegrepp såsom skillnaden mellan beskrivande och vägledande etik samt olika värde- och normteorier. För den här utredningens målsättning räcker det att hänvisa till dessa tidigare undersökningar. Det är emellertid viktigt att påpeka, att utredningen i detta avsnitt sysslar med normativ eller vägledande etik. Dessutom kan det vara en hjälp att i korta drag teckna en människosyn som utredningen väljer. Detta val har konsekvenser för utredningens fortsatta överväganden och ställningstaganden.

Människosynen – det individuella perspektivet

Utredningen följer i stort sett och sammanfattar den humanistiskt präglade människosyn som kommittén om vård i livets slutskede utförligt har beskrivit och anammat. Enligt denna humanistiska tradition (som hör ihop och växte fram ur de ovan nämnda stora idé- och tanketraditionerna) kan och bör man skilja mellan människan som person och människan som aktör. Distinktion är också nödvändig av det skälet, att människan idag primärt betraktas som aktör med förmåga att träffa sina val, fatta beslut och genomföra dem. Aktörsperspektivet har kommit att dominera i vårt samhälle.

En aktör reflekterar, argumenterar, agerar och kanske agiterar. Man talar om politiska aktörer, om marknadens aktörer, om massmediala megafoner. Personaspekten har kommit på avvägar och har hamnat i skymundan.

Om denna utveckling leder till en marginalisering av personaspekten kommer den hävdvunna människosynen också att påverkas. Denna säger att varje människa skall betraktas och behandlas som ett mål i sig, aldrig enbart som ett medel. Detta är en definition av vad vi menar med begreppet människovärde. Att varje människa förtjänar respekt för sin egen skull – helt oberoende av hennes förmågor som aktör – är den normativa kärnan i den människosyn som utredningen företräder och föreslår i sitt betänkande. Om vi lägger till att människan också är en biologisk varelse – som är en nödvändig förutsättning för henne som person och som aktör – får vi följande schematiska människosynsmodell:

Människan som <i>organism</i>	Människan som <i>aktör</i>	Människan som <i>person</i>
– Biologiska värden	– Funktionsvärden	– Människovärdet
– Organsystem	– Autonomi	– Integritet (egenvärde)
– Fysiologiskt samspel	(självbestämmande)	– Människans blotta
– Naturen	– Förmågor och	(och ofta utblottade)
	egenskaper	existens
	– Kulturen	– Gemenskapens värde

Människan som aktör agerar med hjälp av en fungerande biologisk bas. Denna biologiska bas förhåller sig emellertid inte alltid på samma nivå som aktörens själsliga och intellektuella förmågor. Som erfarenheten visar kan människor med svåra somatiska handikapp vara framstående aktörer. Och människor med en till synes väl fungerande organism kan drabbas av psykisk eller mental oförmåga. Däremot kan och får somatiska, psykiska och mentala brister och oförmågor inte inkräkta på varje levande persons människovärde. Detta värde har ingenting med ekonomisk vinst eller förlust eller annan värdesättning att göra. Det innebär snarare en medfödd och inneboende värdighet (*innate and inherent dignity*). Denna värdighet innebär att varje person skall bejakas, bekräftas och respekteras för sin egen skull. Av respekten för en person för hennes egen skull följer dock inte att även hennes attityder och handlingar skall bejakas eller befrämjas. Respekten för personer rymmer och medför in-

te alltid respekten för deras handlingar. Respekten för vad och vem människan är leder inte automatiskt till respekt för det hon gör.

Det kan läggas till att termerna människovärde och integritet behandlas som likvärdiga begrepp i denna utredning. Detta har redan tidigare utredningar föreslagit. Inom sjukvården talar man mest om människans integritet. Den avser snarast människans "insida", hennes samvete, inre drivkrafter och övertygelser. Varje människa har rätt att vara den hon är (vilket inte är liktydigt med att hon alltid får göra det hon vill). Integriteten speglas i människans "utsida", hennes yttre sfär som givetvis även hennes kropp hör till.

Att i korta drag skissa individperspektivet på människan har varit nödvändigt för att hantera det vi menar med människovärdet. Men det utgör inte hela människan. Hon är också en social varelse. Den drygt 50 år gamla Deklarationen om De mänskliga rättigheterna betonar i inledningen (*preamble*), att människovärdet tillkommer alla människor i egenskap av "medlemmar av den mänskliga familjen". Här betraktas mänskligheten inte i rent ekonomiska eller biologiska kategorier utan som en moralisk enhet med familjen som förebild. Bilden av mänskligheten eller samhället som en familjegemenskap – med det ömsesidiga ansvaret som bärande grund – bör vara en ledstjärna när utredningen tar nästa steg i sin undersökning av de etiska förutsättningarna för världens framtida ägar- och driftsformer.

Samhällssynen – det sociala perspektivet

Utredningen betonar att det är till alla människors lika värdighet som personer som man knyter rätten till liv, rätten till en människovärdig tillvaro och rätten till en värdig vård. Den växande föreställningen om alla människors lika värde finns hela tiden med som en etisk klangbotten och ger kraft åt argumenten för politisk och social jämlikhet. Respekten för alla människors lika värde är demokratins och den moderna rättsstatens hörnspelare. Denna grundsyn på människan måste beaktas när utredningen i sina etiska överväganden går vidare till att belysa människan som social varelse.

Det är den enskildes plats och liv i samhället och samhällets ansvar för enskilda som ger upphov till de konflikter som dagligen utspelas inför våra ögon. Det förkommer konflikter mellan enskilda personer och deras intressen samt mellan olika konkurrerande

aktörer. Intressekonflikter mellan arbetsgivare och arbetstagare, mellan beslutsfattare i den offentliga sektorn och deras anställda, mellan olika vårdsektorer såsom somatisk och psykiatrisk vård och behandling, mellan landstingens och kommunernas ansvar för äldrevården hör till vardagens erfarenheter och rutiner. Vilka livs-områden, vilka vårdformer, vilka områden och metoder för behandling bör prioriteras när alla människor har samma värde och därmed i princip och i den högtidliga retoriken har samma rätt till vård, men där samhällets resurser är begränsade och därför somliga har tillträde till vården före andra? Finns det diagnoskategorier och därmed patientgrupper som inte tillåter några väntelistor medan andra får vänta? Skall privata aktörer få erbjuda behandling och vård när den offentliga sektorn inte längre klarar sina åtaganden? Bli i så fall kränkningen av allas lika värde satt i system? Frågan om allas lika värde och olika tillgång till vårdresurserna är en cirkelns kvadratur som länge har sysselsatt skaror av politiker, ekonomer och etiker världen över.

Rättvisa och frihet

I den vårdetiska och vårdpolitiska litteraturen och diskussionen förekommer ett centralt begrepp som denna utredning har anledning att åtminstone i korta drag belysa. Begreppet heter *rättvisa*. Det används i många betydelser. Det betecknar bland annat:

- Rättvisa som *princip* (riktmärke för handlandet) som reglerar *yttre relationer* mellan personer och institutioner. Institutioner som skattemyndigheten eller polisväsendet skall följa rättvisan som princip.
- Rättvisan som *dygd*, det vill säga som varje människas *inre grundattityd* som på engelska betecknas med den kända termen *fairness*. Det är inte rättvist i bemärkelsen *fair* att en sjuksköterska medvetet och avsiktligt favoriserar en patient på bekostnad av andra patienter.
- Rättvisa som *jämlikhet* som innebär att lika bör behandlas lika, exempelvis att lika arbete bör motsvaras av lika lön. Jämlikheten som baserar på det lika människovärdet får en kontroversiell innebörd när det är fråga om en rättvis fördelning av tillgängliga resurser. Skall fördelningskriteriet bestämmas av behov, prestation eller ansträngning?

Rättvisebegreppet diskuteras oftast inom en viss kontext eller referensram där det kolliderar med begreppet *frihet*. Båda begreppens innebörd är synnerligen kontroversiell. Frågan om världens ägarformer kan med fördel bygga på en diskussion om förhållandet mellan de båda begreppen.

Det finns flera idétraditioner som gör anspråk på att komma närmast en begriplig och allmänt acceptabel definition av rättvisebegreppet. Enligt utilitarismen är den samhällsordning mest rättvis där så många resurser som möjligt fördelas till så många människor som möjligt. Den fördelning av resurserna är rättvis som maximerar den totala intressetillfredsställelsen eller lyckan i samhället. Denna teori räknar i förväg med möjligheten att enskilda människor offras för den större nyttan för så många som möjligt. Utilitarismen accepterar inte varje enskild människas självklara rätt till att få sina grundläggande behov beaktade. Den accepterar att somliga i sitt behov av och rätt till vård hamnar utanför samhällets skyddsnet.

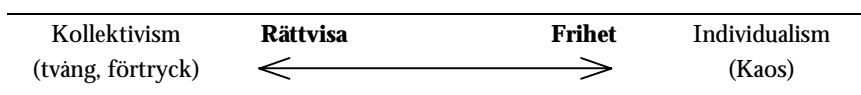
Enligt den klassiska traditionen som grundlades av Aristoteles och senare utvecklades av Thomas av Aquino och särskilt Immanuel Kant är rättvisa inte ett värde eller mål bland andra. Rättvisan utgör den sociala norm enligt vilken alla intressekonflikter och värdekollisioner skall lösas. Här vilar rättvisebegreppet på allas lika värde och därmed lika rättigheter. Enligt denna modell kan givetvis inte heller alla människor ha lika krav på och tillgång till vård men alla har en grundläggande om än ofta elementär rätt till liv där i det enskilda fallet rätten till viss medicinsk behandling måste avgöras utifrån behoven. Denna teori rymmer en avgörande distinktion mellan livssfären (där alla personers intressen måste beaktas) och yrkessfären och även ägarformerna (där frihet, prestationsförmåga och konkurrens råder).

Enligt samma (aristoteliska) tradition skall människan utveckla sin inre och växande förmåga att ta ansvar för sina handlingar. Ansvar är otänkbart utan frihet, och frihet kan endast förstås utifrån ansvarsbegreppet. Människan måste stå till svars för sina handlingar vilket vore omöjligt om hon inte kunde tänka i alternativa banor eller om hon inte har handlingsalternativ respektive ett frihetsutrymme för det hon gör. För att överhuvudtaget kunna ta sitt ansvar måste människan förfoga över ett visst frihetsutrymme. Då blir det också uppenbart att frihet inte får innebära "frihet från" utan "frihet till" att ta sitt ansvar. Annars handlar det om tvång och förtryck. Eller så är människans handlande determinerat (förut-

bestämt) av sitt givna genetiska program. Ansvaret skulle vara en illusion.

Alla våra etiska och juridiska begrepp om rättigheter och skyldigheter bottnar i den oskiljaktiga samhörigheten av frihet och ansvar. Det är också möjligt att uppfatta människans ansvar som en brofunktion mellan frihet och rättvisa. En ansvarsfull frihet uppfattar rättvisepincipens krav. På så sätt hindrar rättvisan människornas frihetsutövning att urarta i kaos. Och den ansvarsfulla friheten hejdar rättvisan att glida ner i förtryck där friheten kvävs. Denna balansgång mellan frihet och rättvisa kräver en hel del ansträngning och träning så att man både på det personliga och det politiska planet bemästrar samspelet mellan de två mäktiga principerna för mänskligt handlande. När man inte håller balansen kan det ha förödande konsekvenser vilket historien rikligen illustrerar.

Kravet på avvägning mellan frihet och rättvisa där ytterligheterna måste undvikas kan uttryckas i ett enkelt schema:



Vi återkommer till och kompletterar detta schema i ett större sammanhang mot slutet av kapitlet om de etiska grunderna för världens ägarformer.

För politiska beslut är det nödvändigt att skilja mellan frihetsfären där aktörsperspektivet dominerar, och rättvisefären där personperspektivet har företräde. Fördelningssynpunkterna hos ett aktiebolag som producerar varor skiljer sig från sjukvården som skall "producera" hälsa och välbefinnande. Även den privata vårdens primära syfte måste vara människors hälsa och välbefinnande. Den kompletterar den offentliga vården. Detta sociala syfte måste vara säkrat och ligger på samma nivå som den offentliga vårdens. Det sekundära målet kan vara ekonomiskt. Det skall underordnas det sociala syftet.

Det sociala målets företräde framför det ekonomiska har i andra termer formulerats i ett banbrytande arbete. På senare 1900-talet har en viss definition av rättvisebegreppet kommit att livligt och lidelsefullt debatteras i hela västvärlden. Harvardprofessorn John Rawls har i sitt stora verk *A Theory of Justice* framträtt som den ledande rättviseteoretikern. Han förfäktar en så kallad kontrakts-

teori som innebär att alla fria och rationella människor som vill befrämja sina intressen accepterar en initial position av jämlikhet. Samtidigt som alla intar denna ursprungliga position accepterar de också att det sker bakom en slöja av icke-vetande (*veil of ignorance*). Slöjan av icke-vetande berövar personer i den ursprungliga positionen den kunskap som skulle behövas för att befrämja deras egna intressen på ett sätt som kunde betraktas som godtyckligt. Alla intressenter är på det viset "nollställda" och kommer från denna ursprungliga position till följande *allmänna* rättvisebegrepp: Samhällets samlade sociala värden skall mest gynna de minst gynnade. I enlighet med den ursprungliga positionen som var och en intar bakom icke-vetandets slöja får de egna intressena och vinstsyftet endast befordras om de minst gynnades tillgång maximeras. Enligt denna teori kan privat ägande och privata vinstintressen endast äsyftas om samtidigt de mest utsatta personerna också får det bättre. I den ursprungliga positionen skulle inte en enda person vilja stå utanför.

Rawls har också formulerat ett *specifikt* rättvisebegrepp som fokuserar ett samhälles ekonomiska resursfördelning. Detta rättvisebegrepp förutsätter att alla personer i den ursprungliga positionen är lika i fråga om *equal opportunity* (som på tyska kallas *Chancengleichheit*). Principen kräver att fördelningen av ekonomiska värden mest gynnar de minst gynnade. Rawls förklarar inte närmare vad en fördelning som mest gynnar de minst gynnade innebär i ekonomiska termer. Han säger inte heller att duktiga aktörer inte skall få sträva efter att öka sina ekonomiska tillgångar. Men han säger att ökningen av ekonomiska tillgångar hos kraftfulla aktörer inte får leda till att de utsatta eller "misslyckade" personerna samtidigt får det sämre. Ekonomisk vinning hos de starka skall dra med sig de svaga och därtill mest gynna de svagaste. Alla aktörer är också personer men inte alla personer kan också vara aktörer.

Det är uppenbart att Prioriteringsutredningens behovsprincip liknar Rawls rättviseprincip. Det är behoven som skall styra fördelningen av resurserna. Ett trafikoffer med svåra skador och smärtor skall få smärtlindring före behandlingen av de lätt knäskadade även om den omvända turordningen skulle gynna ett lands eller företags ekonomi (fallet diskuterades i massmedia i prioriteringsutredningens kölvatten).

Längre kommer inte den etiska reflektionen. Det är politikernas och ekonomernas uppgift att översätta rättviseprincipen till konkreta beslut om resursfördelning och om vilka ägarformer i värden

som skall finnas i framtiden. Den etiska reflektionen säger mer om hur man inte skall göra än om hur man faktiskt skall göra. Privata ägarformer skall inte på förhand förbjudas, de kan om de verkar inom solidaritetsprincipens ramar och på vissa villkor mycket väl gynna vård och behandling av de minst gynnade i samhället.

Subsidiaritetsprincipen

Det finns två principer som de senaste 100 åren har dykt upp och behandlats i den socialetiska diskussionen. Principerna heter subsidiaritet och solidaritet. Termen subsidiaritet har sina rötter i det latinska *subsidium afferre* som innebär att ge stöd, att vara till hjälp. Begreppet innebär att staten eller den offentliga sektorn skall främja de enskilda medlemmarnas och de mindre gruppernas, exempelvis familjens eller den lokala idrottsrörelsens, *egna initiativ* och aktiviteter. Samhället skall *i mån av behov* ge stöd åt de mindre gruppernas egen livsduglighet och vilja till självutveckling. Principen förfäktar alltså den enskildes och den mindre gruppens frihet och ansvar. Det allmänna eller staten skall skapa ramar eller villkor inom vilka de minsta och de mindre gruppernas autonomi kan utveckla sig. Den överordnade gemenskapen skall inte förtrycka eller suga upp dem. Det som kan presteras av individen, familjen, gruppen skall ligga i deras egen kompetens. Det är därför som subsidiaritetsprincipen också kallas behörighets- eller kompetensprincipen.

Subsidiaritetsprincipen är ägnad att avvisa alla totalitära tendenser som kan tänkas breda ut sig i en modern stat som är byggd på styrning och kontroll av sina medborgare. Principen innebär att det civila samhället med sina oberoende grupper och organisationer skall få en reell chans. I mån av behov skall den överordnade gemenskapen ge *hjälp till självhjälp* åt samhället minsta enheter och grupper, men inte uppträda i deras regi eller fränhända dem deras egen kompetens. Staten skall komplettera men inte ersätta den lägre instansens kompetens.

Subsidiaritetsprincipen är alltså ett socialetiskt riktmärke för att organisera en statlig eller överstatlig gemenskap. I Sverige har principen betecknats som *närhetsprincip*. Den har blivit känd genom att Maastrichtfördraget som undertecknades 1992 infogade termen i fördraget om den Europeiska Unionen. Även här hävdar principen de lokala och regionala styrsystemens egen frihet och eget ansvar.

Innebär subsidiaritetsprincipen att sjukvården skall organiseras och ägas av enskilda företags egen kompetens som rentav kan överträffa den offentliga sektorns förmåga till styrning och hushållning med begränsade resurser? Frågan har fått ett delsvaret i och med reflektionen över rättvisebegreppet. Ett mer fylligt svar är möjligt först efter behandlingen av solidaritetsprincipen.

Solidaritetsprincipen

Själva termen solidaritet härstammar från dess latinska rötter *obligatio in solidum* och innebär en gemensam förpliktelse och ett gemensamt ansvar hos flera aktörer där var och en är ansvarig för *helheten*, det vill säga samhällets bestånd och välgång i sin helhet. Solidarisk samhörighet betyder att alla och envar i ett visst samhälle är ansvariga för dess väl och ve. Solidariteten är en handlingsprincip som syftar till att befordra det allmänna bästa (*bonum commune*). Det finns ett ordspråk som säger att vi alla sitter i samma båt. Enskilda skall göra sin insats för att hålla hela båten på rätt kurs.

Adam Smith som lade grunden till det liberala ekonomiska systemet framhöll, att ekonomin avlöper i enlighet med sina egna lagar om utbud och efterfrågan, och att människan tjänar hela samhället om hon låter sig ledas av nyttotänkandet och söker sina egna fördelar. De strandsatta som inte klarar denna hårda tävling får enskilda välvilliga personer ta hand om. Han funderade knappast över solidaritetens innebörd. Han hade svårt att förstå, att ekonomin inte är ett skeende som begränsas till ett utbyte av varor och tjänster. Han ägnade inte några tankar åt att ekonomin är ett socialt skeende, en samhällelig process som omedelbart berör människans personliga och sociala liv. Givetvis skall man alltid vara beredd att utföra en god gärning för en människa i nöd. Men ordet solidaritet rymmer avsevärt mer än ett och annat spontant initiativ till en barmhärtig och kärleksfull handling. Solidaritet ingriper i och möjligtvis bygger om offentliga strukturer och innebär en *ansvarsskyldighet* av var och en för samhället som helhet.

Solidaritetsprincipen riktar sig mot självskheten som består i att enskilda eller grupper prioriterar sina egenintressen framför hela gemenskapen. En organiserad grupp-pluralism och därmed gruppernas särintressen kan hota solidariteten i ett teknologiskt och ekonomiskt högkomplex samhälle.

Enligt subsidiaritetsprincipen skall samhället tillåta och befrämja enskildas egna förmågor och kanske även ge starthjälp till projekt och uppgifter som enskilda och grupper kan utföra själva och rentav göra bättre än vad som staten skulle kunna åstadkomma i egen regi. Det är möjligt att privat ägda och drivna vårdinrättningar har den positiva effekten att de kortar värdköerna. Men enligt solidaritetsprincipen har enskilda, grupper och företag ett ofrånkomligt ansvar för samhället som helhet. I en balanserad syn på en framtida ägarstruktur i vården kan etiken inte lägga in ett veto mot privata aktörer, tvärtom. Men fortsatt privatisering av ägande inom vårdsektorn måste leda till att de som väljer vård och behandling inom den offentliga sektorn inte får det sämre än den konkurrensutsatta vården. Det är en av statens viktigaste uppgifter att se till att ingen enskild hamnar under den vårdnivå som var och en har rätt till att åtnjuta. Var detta minimum ligger är olikt i olika samhällen och är politikens och inte etikens uppgift att bestämma.

Vi kan sammanfatta den genomförda tankegången i en modell som visar balansen mellan den enskildes frihet och ansvar för samhället som helhet

Vårdens ägarformer			
Kollektivism	Rättvisa Den sociala dimensionen	Frihet Den individuella dimensionen	Individualism
Totalitärt system som leder till tvång och förtryck	Solidaritet Vars mål eller objekt är <i>bonum commune</i> , hela samhällets allmänna bästa	Subsidiaritet Vars mål eller objekt är den enskildes frihet, egeninitiativ och ansvar	(Grupp-)egoism som leder till kaos
Monopol som hotar nytänkande och personliga initiativ	Offentlig vård med allmänt (heltäckande) skydds nät	Vård i privat regi med primärt socialt och sekundärt ekonomiskt intresse	Okontrollerad mångfald som hotar den enskildes trygghet

Sammanfattning

Privata ägarformer skall tillåtas och befrämjas om den bärande frihetsprincipen gynnar rättvisepincipen i den meningen att de sämst ställda därigenom kan gynnas. Ur etisk synpunkt måste detta innebära att den offentliga sektorn med skattefinansierad hälso- och sjukvård måste vara heltäckande och det torde också vara möjligt att infoga den privata sjukvården i detta heltäckande system.

Den avslutande och avgörande frågan är, vilket spelrum rättvisan har råd att ge åt friheten respektive hur långt subsidiaritetsprincipen skall få expandera utan att inkräkta på och inskränka solidaritetsprincipen.

I Sverige finns en lång tradition där både rättvisan och friheten har en stark ställning. Denna tradition har under 1900-talet fått allt tydligare konturer. Man kan påstå att rättvisepincipen i relation till utbildning, vård och omsorg – rättvisan som etiskt riktmärke för politiska beslut – dominerade under mitten av 1900-talet, medan frihetsprincipen erövrade mer och mer terräng mot slutet av 1900-talet. En lång rad politiska beslut vittnar om detta. Denna fas av samhällssektorns och därmed rättvisepincipens återtag och frihetsprincipens expansion pågår fortfarande. Då uppstår frågan vilken färdriktning samhället väljer inom ett livsområde, nämligen hälso- och sjukvård som av de flesta i Sverige betraktas som oumbärligt.

Litteratur:

- Aristoteles. Nikomachiska Etiken. Översättning och kommentar av Märten Ringbom. Stockholm. Bokförlaget Daidalos. Göteborg 1993.
- Fagerberg H (red). Medicinsk etik och människosyn. Liber förlag. Stockholm (4:e uppl) 1997.
- Jonas H. Ansvarets princip. Utkast till en etik för den teknologiska civilisationen. Bokförlaget Daidalos. Göteborg 1991.
- Jonsen A. The Birth of Bioethics. Osford University Press. 1999.
- Kallenberg K (et al). Tro och värderingar i 90-talets Sverige. Libris. Örebro 1996.
- Rawls J. A Theory of Justice. Harvard University Press. Cambridge USA 1971.
- Regeringens proposition 1999/2000:149. Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.
- Ricken F. Gerechtigkeit. Lexikon der Bioethik II 71–75.
- SOU 1993:38. Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller. Rapport från expertgruppen till HSU 2000.
- SOU 1995:5. Vårdens svåra val.
- SOU 2001:6. Vårdigvård vid livets slut.
- Statens medicinsk-etiska råd. ETIK – en introduktion. Fritzes. Stockholm 1992 (2:a uppl).
- Statens medicinsk-etiska råd. Det svärfångade människovärdet. Fritzes. Stockholm (uppl 1:3) 1993.
- Statens medicinsk-etiska råd. Information och samtycke. Om kommunikationens betydelse för vården. Fritzes. Stockholm 1996.
- Sterra JP. Justice. Encyclopedia of Bioethics III 1308–1315. Simon & Schuster MacMillan. New York 1995.
- Tranöy KE. Medicinsk etik i vår tid. Studentlitteratur. Lund 1993.

Marknader, ägandeformer och styrning inom vården

av Bengt Jönsson, professor i hälsoekonomi, Handelshögskolan, Stockholm

Introduktion

Det finns en stark uppslutning kring målet att sjukvården skall vara tillgänglig för alla vid behov. Eftersom sjukdom drabbar olika och vissa insatser är mycket kostsamma finns det också ett starkt stöd för principen om offentlig finansiering av centrala sjukvårdsinsatser. Även om privata försäkringar till viss del kan hjälpa till att sprida riskerna, så finns det egenskaper hos dessa marknader som gör att den offentliga finansieringen är dominerande i alla sjukvårdssystem i alla länder utom de allra fattigaste.

Om enigheten är närmast total vad gäller betydelsen av offentlig finansiering, som också dominerar i alla de sjukvårdssystem som Sverige kan jämföras med, så är skillnaderna i övriga avseenden när det gäller resursfördelningen desto mera anmärkningsvärda. Hur mycket som spenderas på sjukvård, absolut och relativt, hur vården organiseras, hur resurserna fördelas mellan olika typer av behandlingar och vilken mix av produktionsfaktorer som utnyttjas i produktionen varierar kraftigt mellan olika länder. Det finns således inget enhetligt system för resursfördelning inom hälso- och sjukvården. De system som finns, t.ex. den svenska landstingsmodellen eller den tyska socialförsäkringsmodellen, kan knappast förklaras utifrån rationella principer utan återspeglar en historisk utveckling.

Under de senaste decennierna har det dock förts en intensiv debatt om fördelarna med olika organisationsprinciper inom hälso- och sjukvården. Denna debatt återspeglar såväl ideologiska positioner, att en viss organisationsform utgör ett mål i sig från en viss utgångspunkt, som ekonomiska positioner, att en viss organisationsform innebär en högre grad av ekonomisk effektivitet än en annan. Ett problem i debatten är att dessa två utgångspunkter ofta blandas med åtföljande problem att värdera argumenten. Speciellt intensiv har debatten varit rörande fördelar och risker med att införa större inslag av marknadsmekanismer inom den offentligt finan-

sierade sjukvården. Denna debatt är i princip densamma i alla industriländer, med undantag för USA. Där har debatten främst gällt möjligheterna att utsträcka den offentliga finansieringen till de grupper av befolkningen som står utanför denna, främst låginkomsttagare utan privat sjukförsäkring. För arbetstagare med sjukförsäkring via arbetsgivaren subventionerar staten indirekt försäkringen genom att denna utgör en avdragsgill kostnad och således kan betalas med inkomst före skatt. Den snabba internationaliseringen av sjukvården, både i termer av att nya metoder nu snabbt sprids mellan länder och patienternas ökade information om och möjligheter att få behandling i andra länder, har bidragit till utvecklingen av forskning och debatt om fördelar och nackdelar med olika sätt att bedriva sjukvård.

En svårighet i diskussionen om marknader inom sjukvården har varit att graden av marknadsinflytande inte låter sig definieras och mätas i en dimension. Det finns flera aspekter på marknadens funktionssätt, t.ex. om prissättningen skall vara fri eller reglerad, graden av konkurrens, privat eller offentligt ägande av produktionen, graden av valfrihet för konsumenterna och reglerna för marknadstillträde (etableringsfrihet). En marknad måste därför beskrivas i flera dimensioner, och denna uppsats fokuseras på två aspekter av marknadsinflytandet, avvägningen mellan marknad och administrativa processer i resursfördelningen och betydelsen av ägandet för styrningen av verksamheten.

Sjukvård och marknad

Det är uppenbart att sjukvården uppvisar särdrag som skiljer den från de förutsättningar som läroboken sätter upp för en "ideal" marknad. Den ideala marknaden är dock endast en abstraktion som utnyttjas för att analysera egenskaperna hos olika typer av marknaden. Den utgör ingen norm för hur marknader skall fungera för att vara socialt acceptabla. Lika väl som det finns marknadsmisslyckanden, dvs. avvikelser från hur en ideal marknad fungerar, så finns det misslyckande i offentlig styrning genom administrativa processer. I verkligheten väljer vi alltid mellan imperfekta alternativ. Sjukvården kan inte heller ses som en enda marknad; den utgör ett system av många olika marknader. Vi har en marknad för sjukvårdens försörjning med arbetskraft. Den har förändrats kraftigt under senare år genom de ökade betydelsen av olika bemannings-

företag. I princip har vi idag en internationell arbetsmarknad för läkare, sjuksköterskor och andra professioner inom vården. På samma sätt har vi en marknad för andra insatsfaktorer som läkemedel, medicinsk utrustning och en allt viktigare informationsteknologi. Dessa marknader innebär i ökande grad köp av tjänster tillsammans med leverans av olika produkter.

Marknader är således redan idag ett naturligt inslag i sjukvården och gränsen mellan styrning via administrativa processer och marknad ("outsourcing") förändras ständigt inom sjukvården liksom inom andra företag.

Huvudinvändningen när det gäller marknadens roll inom sjukvården gäller dock patientens roll som konsument, köpare eller kund. I den ideala marknadsekonomin förutsätts konsumenten vara välinformerad, och betala för den konsumerade kvantiteten till ett bestämt marknadspris som inte kan manipuleras av säljaren. Dessa tre förutsättningar är dock sällan fullständigt uppfyllda, men det innebär inte att de aldrig är uppfyllda. Marknaden för handköpsläkemedel, dvs. läkemedel som köps utan recept och rabattering ligger troligen relativt nära den ideala marknadsekonomin.

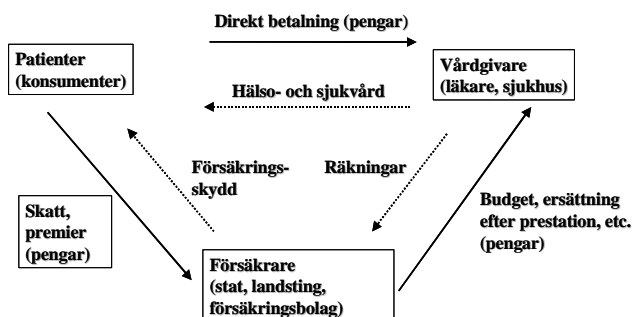
Den minst vägande invändningen mot marknad genom patientval är den om patienten som oinformerad om sina alternativ. Det exempel som ofta framförs är den medvetlöse patienten som kommer till akutintaget. Denna situation är dock inte den normala inom sjukvården. De flesta val inom sjukvården rör inte dessa "liv eller död" situationer utan är väsentligt mindre dramatiska. Huvuddelen av sjukvårdens resurser konsumeras av patienter med kroniska sjukdomar där patientens erfarenheter och upplevelse av sitt tillstånd är den viktigaste informationen. Brister i information kan också motverkas på olika sätt; genom stöd från anhöriga, patientföreningar och myndigheter. Den viktiga frågan är inte om patienten är fullständigt informerad om alla alternativ utan om det finns någon annan som har bättre information. Vi måste också komma ihåg att det i många fall, inte bara inom sjukvården, är både vanligt och önskvärt att överlämna beslutet till någon annan som handlar å dina vägnar. Husläkarens roll som patientens ombudsman i vården en modell som delvis kan lösa patientens informationsproblem.

Vad som är ett större problem än brist på information är asymmetrisk information, dvs. att vårdgivaren, t.ex. läkaren, har bättre information än patienten och därför kan påverka konsumtionen ("supplier-induced demand"). Det är knappast kontroversiellt att

hävda att denna typ av asymmetrisk information föreligger, men frågan är hur stor betydelse som den egentligen skall tillmätas. Studier av t.ex. tandvårdsmarknaden, där den är lättare att studera, ger inget otvetydigt svar på hur stort detta problem egentligen är. Även här finns det möjligheter att genom olika typer av ingrepp i marknaden korrigera för denna typ av marknadsimperfektion. Krav på auktorisation, garantier och öppen redovisning är vanligt förekommande på andra marknader med asymmetrisk information t.ex. varumarknader ("begagnade bilar") och finansiella marknader.

Vore marknadsmisslyckandet enbart en fråga om bristande eller asymmetrisk information så skulle detta relativt lätt gå att korrigera och kompensera. Men ett huvudproblem återstår, och det är att patienten inte betalar för vården. Därför måste vårdgivaren tillföras resurser från en tredje part. Denna tredje part är till övervägande del en myndighet som erhåller sina resurser genom offentlig finansiering, via skatter eller obligatoriska socialförsäkringsavgifter. Vi accepterar här detta som ett faktum och diskuterar ej närmare möjligheterna eller problemen med att, helt eller delvis, ersätta offentlig finansiering med privata försäkringsmarknader. I princip blir problemen med tredjeparts-finansiering desamma, oberoende av om den tredje parten är privat eller offentlig.

Tredjepartsfinansiering förändrar marknaden i grunden. I stället för att vi har två parter, konsumenter och producenter, där producenterna kompenseras via konsumenternas betalningar, så ersätts producenterna av en tredje part. Denna tredje part erhåller de finansiella resurserna för denna kompensation från gruppen av potentiella patienter, dvs. i offentliga sjukvårds-system befolkningen som helhet. Genom denna konstruktion är det möjligt att göra en omfördelning av resurser från personer med låga risker och/eller höga inkomster till de med höga risker och/eller låga inkomster.

Ekonomiska relationer inom hälso- och sjukvården

Tredjepartsfinansiering leder till problem med såväl kostnadskontroll som kostnadseffektivitet. När konsumenten befriats från betalningsansvaret finns ingen anledning att göra en avvägning mellan pris och kvantitet/kvalitet. Detta problem brukar i försäkringslitteraturen benämnas "moral hazard". Det finns ingen anledning för producenten att motsätta sig dyrbara önskemål från patienten. Tvärtom ger situationen incitament för vårdgivarna att utveckla nya dyrbara alternativ, se t.ex. Weisbrod (1). Öppna försäkringssystem, utan restriktioner på patientvalet, har därför en tendens att bli mycket kostsamma. De utgör inte heller någon garanti för att de behandlingar som ges är kostnads-effektiva, dvs. har effekt eller ger den avsedda effekten till lägsta möjliga kostnad.

Valet måste därför alltid på något sätt begränsas. I traditionella försäkringar användes ofta karensbelopp ("deductibles") och medförsäkring ("co-insurance"), dvs. den försäkrade måste betala en självrisk och/eller en del av utgiften. Ju högre denna är desto lägre blir premien. Ofta finns också begränsningar av utbetalt belopp och krav på speciellt skadereglering; t.ex. i bilförsäkringen att skadan skall åtgärdas på vissa speciella verkstäder. Delbetalning från konsumenten förekommer inom sjukvården när det gäller patientbesök och receptförskrivna läkemedel, men dessa svarar inte för någon större del av finansieringen.

Förekomsten av "moral hazard" innebär inte nödvändigtvis att valfriheten för patienten måste försvinna. Den måste dock begränsas på så sätt att den inte leder till att övergripande mål för sjukvården om vård på lika villkor, kostnadskontroll och kostnadseffektivitet äventyras. Dessa mål är dock inte absoluta och det finns

också en komplicerad relation mellan de olika målen, och vi kan inte förutsätta att alla fäster exakt samma vikt vid de olika målen. Det är dock möjligt att ange en del principer för vilka val som i större eller mindre grad gör det svårt att uppfylla ovanstående mål.

Grundprincipen för att uppfylla målet om kostnadskontroll är att valet gäller alternativ med samma kostnader. En viktig finansieringsprincip är kapitation, dvs. att vårdgivaren erhåller en fast ersättning per person, oberoende av mängden tjänster som har producerats. Denna finansieringsprincip kan tillämpas vid t.ex. ersättning till allmänläkare per listad patient, eller till sjukhus för en behandlad patient, t.ex. ett vårdtillfälle av visst slag definierat enligt DRG. Med denna finansieringsprincip är det möjligt att patienten får välja läkare eller sjukhus. Däremot är det svårt med valfrihet när valet har stora konsekvenser för volymen tjänster, t.ex. betalning per besök eller undersökning, eller för kostnaden per enhet, t.ex. val mellan dyrare och billigare läkemedel eller undersökningar med samma förväntad nytta. Här uppkommer också problem med kostnadseffektiviteten. Ett speciellt problem rör introduktionen av nya behandlingar som ofta är dyrare, men där ingen fullständig information finns om deras fördelar. I dessa fall är det svårt att låta patientens val styra kostnadsutveckling och kostnadseffektivitet.

Styrningen av kostnadsutveckling och kostnadseffektivitet måste därför också ske via relationerna mellan producenter/vårdgivare och finansiärer. Det är också dessa relationer som varit i fokus i debatten kring reformer inom sjukvården. Framför allt valet mellan ett helintegrerat sjukvårdssystem där finansiärer också är vårdgivare och ett system där finansieringsansvaret och vårdansvaret är separerat.

Separering av finansiering och produktion inom hälso- och sjukvården

Inte bara debatten har varit intensiv när det gäller sjukvårdens organisation. Det har också genomförts ett stort antal experiment med nya organisationsformer inom hälso- och sjukvården. Under 1990-talet var det vanligt att tala om vilken "modell" för sjukvårdsorganisation som ett visst landsting hade och varianterna var många. Samma experimentlusta fanns i andra länder. Det mesta av detta är idag historia, men det finns ett bestående resultat av dessa experiment och det är separationen mellan finansiering och produktion. Denna

har alltid funnits inom de centraleuropeiska försäkringssystemen och den fanns tidigare i Sverige när det gäller den del som finansierades via socialförsäkringen, dvs. öppen läkarvård och läkemedel.

Separeringen av finansiering och produktion bygger på principen att det är två olika uppgifter som skall genomföras. Den ena gäller att besluta hur mycket resurser som behövs för sjukvårdsändamål och hur dessa skall fördelas och prioriteras mellan olika områden. Den andra uppgiften är att genomföra den produktion som beslutas på ett effektivt sätt. Den första uppgiften är naturligt en uppgift för den offentliga sektorn vid offentlig finansiering. Vid offentlig finansiering fordras politiska beslut rörande skatteuttag och prioriteringar och det är svårt att se hur detta beslutsfattande på ett rationellt sätt kan decentraliseras. Det skulle i så fall bli ett system där privata försäkringsbolag erhåller riskrelaterade subventioner i utbyte mot ett komplett försäkringsskydd. Detta skulle ge den enskilde ett inflytande över såväl omfattningen som inriktningen av försäkringsskyddet. Sådana modeller har diskuterats, bl.a. i Holland, men det ligger utan för ramen för denna uppsats att närmare värdera deras fördelar och nackdelar eller möjligheter att fungera i praktiken. När det gäller den andra uppgiften är det annorlunda. Det är inte nödvändigt, eller kanske inte ens önskvärt, för finansären att själv genomföra produktionen.

Den fråga som uppkommer blir då vem skall svara för den vård som finansieras av offentliga medel och hur de ekonomiska relationerna mellan finansär och vårdgivare skall organiseras. Det innebär således att en hierarkisk relation ersätts av en marknadsrelation; ett frivilligt byte där vårdgivaren åtar sig en viss uppgift för ett visst pris. Hur detta kontrakt skall specificeras och vilka ersättningar som skall utgå blir föremål för förhandling och överenskommelser. Det kan innebära en ersättning per vårddag eller per typ av behandling, eller en specifikation av både priser och kvantiteter (budget). Prisbildningen beror av hur många säljare och köpare som finns på marknaden. Även med endast en köpare och en säljare kommer det att etableras ett marknadspris. I princip är det också möjligt att ha marknader med reglerade priser, såsom t.ex. är fallet med läkemedel under läkemedelsförmånen. Graden av konkurrens på marknaden liksom inslaget av prisreglering är två aspekter på marknadsorganisationen. En central myndighet har möjlighet att påverka båda utifrån de mål som man vill nå.

Om det bara finns en offentlig finansär får denna en stark ställning på marknaden, monopsoni, och kan driva ner priserna mot

produktionskostnaderna om det finns många producenter. Men även om ett nationellt system organiseras så att olika "köpare" inte konkurrerar, måste möjligheten beaktas att producenterna kan vara internationellt verksamma, vilket sätter en gräns för möjligheten att driva ned priset. För läkemedelsindustrin är den internationella marknaden redan en realitet, och vi kommer troligen i framtiden att se liknande vad gäller sjukhuskedjor, vårdhem, och läkemedelsdistribution. Den ökade rörligheten för arbetskraften innebär att även lönerna inom sjukvården i framtiden i allt större utsträckning kommer att påverkas av förhållanden som ligger utanför vad som vi direkt kan påverka.

En faktor som talar för att separationen av finansiering och produktion är ett bestående inslag i sjukvårdsorganisationen är den ökande internationaliseringen av sjukvården. Det kommer att bli problem att neka medborgare ersättning för vård som ges vid vårdinrättningar i andra länder. Vissa länder kommer troligen också systematiskt att utnyttja möjligheterna att köpa vård i andra länder istället för att bygga upp egen kapacitet. Specialisering och arbetsfördelning kommer att karaktärisera sjukvården på samma sätt som vi sett rörande industri och annan service. Det är omöjligt att säga hur långt denna process kommer att gå, men det blir alltmer osannolikt att en viss finansiär själv kommer att kunna svara för alla vårdåtgärder. Det omfattande utbyte av vårdinsatser som idag finns mellan landstingen är ett exempel på utvecklingen. Inget talar för att detta kommer att sluta vid nationsgränserna. Planerna på samarbete inom Öresundsregionen är ett exempel på att det internationella samarbetet redan är under utveckling. I ökad utsträckning måste vi se våra universitetssjukhus inte bara i ett nationellt utan också internationellt perspektiv för att utveckla dem som en resurs för såväl sjukvård, utbildning och forskning.

Vem skall äga vårdinrättningarna?

En separation av finansiering och produktion kan genomföras *inom* landstingsorganisationens ram, genom att helt enkelt separera organisationen i en beställardel och en utförardel. Denna modell definierar de olika rollerna, men ändrar inte på det faktum att båda delarna är en del av samma organisation. De anställda vid sjukhusen är lika mycket landstingsanställda som de som är anställda inom beställarorganisationen. Det finns därför en risk att det blir svårt

att hålla isär rollerna när båda parter kan "överklaga" till de landstingspolitiker som företräder båda parter.

Ett sätt att skapa större klarhet i de olika rollerna är att bolagisera de producerande enheterna. Genom ett sådant förfarande definieras en resultat- och balansräkning liksom anställningsförhållandet. De anställda blir anställda i bolaget och inte i landstinget. Eftersom landstinget är ägare så finns fortfarande möjligheten till sammanblandning av rollerna, men politikerna med ansvar för finansieringen får ett större avstånd till den direkta driften. Som ägare förfogar man över ett positivt resultat och är ansvariga för underskott, men styrningen blir indirekt genom framför allt tillsättningen av styrelseledamöter och de direktiv som dessa får rörande verksamhetens inriktning m.m. Vi har ännu för liten erfarenhet av hur mycket en bolagisering utan ändring av ägandeförhållandena påverkar exempelvis budgetdisciplinen och kostnadseffektiviteten.

En annan möjlighet är att behålla det offentliga ägandet, men organisera detta helt skilt från finansieringen av vården. Detta är den modell som valts i Norge där fylkena (landstingen) svarar för finansieringen, men ägandet samlas i ett statligt ägt bolag. Denna modell ökar ytterligare separationen mellan finansiering och produktion, och fokuserar framför allt på de samordningsvinster som kan finnas mellan olika sjukhus. Det har från tid till annan framförts förslag att en motsvarande modell skulle införas för universitetssjukhusen i Sverige. Man skulle naturligtvis också rent teoretiskt kunna tänka sig den omvända "norska modellen", innebärande att landstingen blir huvudman för de producerande enheterna, medan ansvaret för finansieringen läggs på staten. Denna modell diskuterades i expertgruppens rapport till HSU 2000 (2). Den fråga som då ställdes var om det var försvarbart att ha kvar den politiska landstingsorganisationen huvudsakligen för att bedriva en effektiv vård inom de ekonomiska ramar och prioriteringar som angivits nationellt. Olika modeller som också inkluderar en roll för primärkommunerna, eventuellt via kommunalförbund, kan också tänkas. En modell med sådana inslag finns i Finland.

Vilka alternativ finns till offentliga ägare inom sjukvården? Privata ägandeformer klassificeras vanligen som vinstsyftande (for profit) respektive icke vinstsyftande (non-profit). Den fundamentala skillnaden mellan dessa ägandeformer gäller rätten till överskottet i verksamheten. För vinstsyftande företag är det aktieägarna som bestämmer vad som skall ske med eventuell vinst. För icke

vinst-syftande företag finns ingen som har någon rätt till överskottet. Det måste återinvesteras i verksamheten. Det finns dock möjlighet för företagsledningen i icke vinst-syftande företag, att på samma sätt som för vinst-syftande företag att inom de gränser som sätts av ägarna tillgodogöra sig en god ekonomisk utveckling i företaget, t.ex. genom olika bonussystem.

De icke-vinstsyftande företagen har i många länder fördelar när det gäller beskattningen, man kan t.ex. erhålla skattebefrielse för donationer som ofta är ett viktigt sätt att skaffa kapital till verksamheten eller täcka underskott. Traditionellt finns det stora inslag av icke-vinstsyftande företag inom sjukvården i andra länder. Vanligen har dessa institutioner ett religiöst eller filantropiskt ursprung, och etablerades för att ge vård åt speciella befolkningsgrupper. Frivilliga arbetsinsatser är vanligen också en betydande resurs för dessa företag. Deras verksamhet är hårt reglerad, framför allt vad gäller investeringar.

För att etablera en struktur med "icke vinst-syftande" sjukvårdsföretag i Sverige krävs ett medvetet och målinriktat arbete. De frågor som är involverade illustreras med debatten kring de stiftelseägda högskolorna. Frågan är troligen också mest relevant när det gäller universitetssjukhusen. Det kan dock inte uteslutas att olika organisationer kan vara intresserade av att driva mindre vårdinrättningar. Det förekommer ju också redan i blygsam skala.

Den mest realistiska ägandeformen om det offentliga träder tillbaka som ägare är det privatägda aktieföretaget. Detta kan vara noterat på börsen, "offentligt bolag", men det behöver inte nödvändigtvis vara så. Valet att börsnoteras bestäms av en mängd faktorer, av vilka behovet av kapital och kostnaderna för att generera detta är en viktig aspekt.

Hur påverkar ägandeformen sjukhusens beteende?

Det finns såväl teoretiska modeller som empiriska studier som belyser vilken betydelse ägandet har för sjukhusens beteende. Den första delen av detta avsnitt granskar de prediktioner som de teoretiska modellerna ger. Den andra delen redovisar resultatet från två empiriska studier från USA, där de olika ägandeformerna finns representerade på samma marknad. Det är två frågor som står i centrum för intresset. Den ena är vilken betydelse som ägandeformen har för hur sjukhusen reagerar på ekonomiska incitament.

De andra rör om effektiviteten i resursanvändningen skiljer sig åt mellan olika ägandeformer.

Teoretiska aspekter

Lärobokens modell över den perfekta marknadsekonomin förutsäger att marknader med vinstsyftande företag leder till en effektiv resursfördelning. Förklaringen är de starka incitament som skapas genom att ägaren har en legal rätt till de överskott som skapas. Kostnaden för företaget att förlösa resurser på icke produktiva aktiviteter är hög eftersom det direkt drabbar ägaren som förutsätts ha kontroll över resursanvändningen. I stora organisationer, där företagsledning och ägande är åtskilt, kan det vara svårt för ägaren att upprätthålla denna kontroll. Bonussystem för företagsledning är ett sätt att skapa överensstämmelse mellan ägarens och de anställdas intresse. Den ideala marknadsmodellen predikterar också att företagen på denna marknad inte kommer att göra några vinster, utöver marknadens normala kapitalavkastning. Vinster uppkommer endast under anpassningsprocesser och elimineras över tiden av konkurrensen. Permanenta vinster kan endast uppkomma vid marknadsimperfectioner, som t.ex. monopol.

Kenneth Arrow (3) visade dock redan 1963 i en artikel, som brukar nämnas som startpunkten för den moderna hälsoekonomiska forskningen, att icke-vinstsyftande företag skulle kunna vara att föredra i situationer med ofullständiga marknader, som t.ex. inom hälso- och sjukvården. Skälet till detta är att det kan vara önskvärt att företaget inte försöker maximera vinsten utan även ser till andra mål, som t.ex. att omfördela vårdresurser till patienter som inte kan betala eller att man satsar på kvalitet istället för att försöka öka volymen. En omfattande teoretisk litteratur har utvecklats utifrån detta tema, men ett antal forskare har också visat i olika teoretiska arbeten att den vinstsyftande företagsformen kan vara att föredra ur effektivitetssynpunkt även när marknaderna är ofullständiga. Resultatet av denna teoretiska diskussion har därför blivit en lång debatt med olika ståndpunkter rörande implikationerna av (privata) vinstsyftande, privata icke vinstsyftande och offentligt ägda företag inom sjukvården, främst när det gäller sjukhusen.

De teoretiska argumenten för att icke-vinstsyftande företag skulle vara att föredra i en ofullständig marknad som sjukvården, som kännetecknas av stora informations asymmetrier, utgår

från att dessa företag inte vill eller kan utnyttja sin ställning för att ge mindre eller mer kvalitet eller kvantitet av vård än vad konsumenten skulle önskat sig om han hade full information. Ett argument är också att icke vinstsyftande sjukhus kan förväntas ta på sig en del offentliga sjukvårdsuppgifter, som t.ex. insatser för bättre folkhälsa, om dessa inte är tillräckligt finansierade inom den offentliga sjukvården.

Den teoretiska argumentationen rörande de vinstsyftande sjukhusens fördelar även vid ofullkomliga marknader utgår också från att de icke vinstsyftande sjukhusen har andra mål. I en tidig modell, antog t.ex. Newhouse (4), att icke vinstsyftande sjukhus maximerade kvantitet och kvalitet av vård givet att intäkter och kostnader måste balansera (nollresultat). Detta beteende möjliggörs av att dessa sjukhus får vissa skattefördelar och att förekomsten av skattesubventionerad privat försäkring gör konsumenterna relativt okänsliga för priset. Problemet är att denna modell kan leda till såväl fördelar, mer behandlingar som värderas högre än kostnaden för att producera dem, som nackdelar, kvalitetsmaximering som leder till höga kostnader med litet extra utbyte. Även andra modeller över beteendet för icke vinstgivande sjukhus, t.ex. antagandet att läkarna kontrollerar kvalitén, leder till oklara resultat. Det är omöjligt att få ett entydigt resultat om fördelen med respektive ägandeform. Till detta kommer naturligtvis att när båda typerna av företag finns på samma marknad, så influeras deras beteende av varandra.

Empiriska resultat

När det gäller resultatet av empirisk forskning går resultaten också i motsatta riktningar. En del studier visar att vinstsyftande sjukhus har en högre produktivitet, medan andra studier finner att dessa sjukhus har högre kostnader, inklusive vinsten, att de har lägre kvalitet och att de ger mindre vård till icke betalande än icke vinstsyftande sjukhus. Sedan finns det en omfattande litteratur som visar att privata vinstsyftande och icke vinstsyftande sjukhus inte skiljer sig åt; dvs. ägarfrågan är ingen viktig parameter för sjukvårdens produktivitet, kvalitet och effektivitet.

Ett problem med de empiriska studierna är att de sällan studerar både de finansiella implikationerna (kostnaderna) och vårdresultatet från patientens sida. Senare studier inkluderar båda konsekvenserna, vilket är nödvändigt för att kunna säga något om effek-

tiviteten. Men problemet att patienternas hälsotillstånd kan variera med ägandeformen; t.ex. att de sjukaste patienterna söker sig till de mest produktiva sjukhusen, kvarstår. Detta kan leda till att resultaten blir snedvridna.

Resultaten från olika studier är således svårtolkade. Till detta kommer att de empiriska studierna utan undantag kommer från USA. Det innebär att relevansen för svenska eller europeiska sjukvårdssystem kan ifrågasättas. Det kan dock finnas anledning att se vad som finns att lära. Därför refereras i det följande två aktuella studier som illustrerar dels frågan om effektiviteten, dels frågan om sjukhusens beteende när det gäller att genomföra viktiga offentliga sjukvårdsuppgifter.

Ägande och produktivitet

Kessler och McClellan (5) redovisar i en ny studie betydelsen av ägandeformen och marknadssituationen på sjukhusmarknaden i USA. De studerar sjukvårdskostnader och vårdresultat för Medicare patienter som lagts in på sjukhus under perioden 1985–96 med diagnosen akut hjärtinfarkt. Kostnaderna beräknas som de ackumulerade vårdkostnaderna från starten av det första vårdtillfället (infarkten). Som indikator på vårdresultatet använder man tre variabler; ett-årsmortaliteten, förekomsten av hjärtkomplikationer som leder till återinläggning inom ett år och inläggning för hjärtsvikt inom ett år.

Huvudresultatet är att närvaron av vinst-syftande sjukhus i området, sänker sjukhusutgifterna med 2.4 procent, med samma behandlingsresultat för patienten. Eftersom andelen vinstsyftande sjukhus är låg, så är kostnadsbesparingen huvudsakligen en indirekt effekt; arbetskostnaden är lägre i område med inslag av vinstsyftande sjukhus. Effekten kommer redan vid en låg marknadsandel för de vinstsyftande sjukhusen och ökar inte märkbart när marknadsandelen går över 10 procent.

Ägande och sociala mål

Mark G Duggan (6) utnyttjar ett naturligt experiment inom amerikansk sjukvård för att undersöka hur privata vinstsyftande, privata icke-vinstsyftande och offentliga sjukhus reagerar på ekonomiska

incitament. Ett problem i USA är tillgängligheten för sjukvård hos låginkomsttagare. Dessa har vanligen ingen privat sjukförsäkring och kan därför ofta inte betala för dyrbar vård. De kan, om de inte har andra tillgångar, få vården betald genom Medicaid, men denna offentliga försäkring täcker bara en del av sjukhusens kostnader. Dessa individer är således inte så intressanta för sjukhusen. För att motverka detta startades ett speciellt program, "The Disproportionate Share Program" (DSP), som gav extra inkomster för sjukhus som hade mer än 25 % låginkomsttagare bland sina patienter. Utöver att det gav sjukhusen incitament att behandla dessa patienter, så gav det ett speciellt incitament för sjukhusen att behandla Medicaid patienter, eftersom då sjukhuset både fick patientersättningen och den extra ersättningen.

Slutsatsen var att de privata icke-vinstsyftande sjukhusen reagerade på exakt samma sätt som de vinstsyftande. De ökade båda andelen av patienter som berättigade till den extra ersättningen. Denna studie stöder således resultaten av andra studier som inte visar någon skillnad i beteende med avseende på ägandeformen "for-profit" och "not-for-profit". Den stora skillnaden var mellan de privata och de offentliga sjukhusen. De hade tidigare den högsta andelen Medicaid patienter eller oförsäkrade, och ökade inte denna andel efter reformen. En förklaring till detta är att offentliga sjukhus inte har en väl definierad budget. Om de får ökade inkomster från det nya programmet är det troligt att andra inkomster, som täcker underskotten, skulle reducerats. Ett ytterligare resultat av studien är att programmet visserligen förbättrade tillgången till vård, men att några förbättringar av patienternas hälsa inte kunde noteras. Studien säger således inget om kostnadseffektiviteten av programmet eller de olika typerna av sjukhus.

Styrning utan ägande

Huvudargumentet för ett offentligt ägande av sjukhusen genom landstingen formuleras på följande sätt av sjukvårdsministern i en intervju (Sjukhusläkaren 6/2001):

Det ligger faktiskt en poäng i att ha en demokratiskt uppbyggd organisation för sjukhusen. Man skall veta vem man skall skälla på, veta att det finns ansvariga personer, sedan är det viktigt att man samtidigt gör en tydlig gränsdragning mellan politiker och professionen.

Möjligheten att påverka sjukhusen genom den demokratiska processen, dvs. genom att tillsätta och avsätta politiker och påverka deras handlande är det centrala i argumentet för offentligt ägande. Även vid privata ägare finns möjligheten för missnöjda medborgare att "protestera" men de ansvariga behöver ej svara för sina handlingar i den politiska processen. Detta innebär inte att privata ägare skulle vara okänsliga för protester från patienter och/eller finansierare. Det finns inga undersökningar som belyser skillnaden mellan privata och offentliga sjukhus i detta avseende. Men med privata ägare blir troligen ett bortdragande av finansieringen ("exit") ett mera effektivt vapen än "protest". Med offentligt ägande är "protest" kanske ett mera effektivt medel, men samtidigt är "exit" troligen mindre effektivt som medel att få sjukhuset att göra vad man önskar.

Betydelsen av en gränsdragning mellan politiker och profession indicerar också att direkt ordergivning i en hierarki inte alltid är ett effektivt medel för styrning av sjukvården. Detta illustreras av det ökade intresse för kunskapsstyrning inom vården som kunnat observeras under det senaste decenniet. Detta styrmedel verkar genom utvärdering av medicinska metoder (SBU) och genom utarbetandet av riktlinjer för behandling av olika sjukdomar (Socialstyrelsen). Styrning via information har blivit ett centralt instrument för att påverka hur resurserna används inom hälso- och sjukvården. Detta styrmedel kan användas med minst samma effektivitet också vid privat ägande. Troligen kan det också göras mer effektivt genom att det knyts till kontrakt och finansiering. Vi vet att det idag är ett stort problem att följsamheten till olika riktlinjer är låg på många områden inom sjukvården.

Även om det offentliga inte äger sjukhusen kan verksamheten påverkas genom regleringar av olika slag. Dessa kan in princip göras hur långtgående som helst, men det ligger i finansierarens intresse att inte ställa upp så långtgående krav att kostnaderna blir oöverkomliga eller att antalet möjliga producenter alltför mycket begränsas. Men möjligheterna att ställa krav på privata producenter, t.ex. genom ackreditering, finns som komplement till den styrning som finansieringen innebär.

Vilka är riskerna?

Den slutsats som ligger närmast efter en genomgång av den teoretiska och empiriska litteraturen rörande vårdens ägandeformer, speciellt sjukhusen, är att ägandet tycks ha relativt liten betydelse. Det är omöjligt att på teoretiska grunder framhäva den ena eller andra ägandeformen. De empiriska studierna ger heller ingen direkt vägledning. Resultaten är motstridiga, och kan alltid avfärdas med att rör den amerikanska marknaden, och inte europeiska sjukvårdssystem av den typ vi har i Sverige. Den amerikanska situationen, med en relativt liten marknadsandel för vinstsyftande sjukhus, tycks inte ha haft någon negativ inverkan på sjukvårdens kostnader och produktivitet. Tvärtom indicerar en av de bäst genomförda studierna att förekomsten av vinstsyftande sjukhus i en region, även när de har en liten marknadsandel, kan innebära lägre vårdkostnader utan försämrat vårdresultat. Studier visar också att båda typerna av privata sjukhus reagerar likartat på ekonomiska incitament. Den stora skillnaden är mellan privata och offentliga. För de senare är det framför allt den "mjuka budgeten" som är problemet. Intresset för att söka nya intäkter är litet om man tror att det leder till att man förlorar en del av de gamla.

Väsentligt större betydelse för sjukhusen effektivitet och verksamhetsinriktning är den ekonomiska styrningen. Hur företagen tillförs resurser har större betydelse än vem som är ägare. Det finns stora möjligheter att styra sjukhusen utan att vara ägare.

Finns det då inga risker med att den som finansierar vården lämnar det direkta ägandet av vårdinrättningarna. Finns det inte en möjlighet att finansiären utan eget ägande hamnar i ett informationsunderläge i förhandlingarna om priser och volymer. Speciellt om huvuddelen av sjukhusen drivs av en eller flera internationella sjukhuskedjor. För att minska denna risk är det möjligt att behålla ett visst antal sjukhus i egen ägo. Detta ger information om kostnader och vårdkvalitet som kan jämföras med den som ges av andra som man gör kontrakt med. Om man skall gå efter erfarenheterna från den amerikanska marknaden så indikerar dessa att de vinstsyftande företagen kommer att få en relativt blygsam marknadsandel. Det är t.ex. inte realistiskt att undervisningssjukhusen kommer att tas över av vinstsyftande företag. För dessa är forskning och utbildning lika viktiga uppgifter som vården, och om ett ändrat ägande skulle bli aktuellt för dessa, så är det snarast den icke vinstsyftande

stiftelsen, med möjligheter att finna kapital genom donationer etc., som är den relevanta och troliga ägandeformen.

En annan typ av risk har kopplas till att privata ägare knappast kan förbjudas att söka andra intäktskällor än de som den offentliga finansieringen erbjuder. De landstingsägda sjukhusen är idag förhindrade att erbjuda vård till svenskar som vill betala direkt eller indirekt via privat försäkring. Det är möjligt att den privata försäkringsmarknaden hindrats i sin utveckling genom bristen på privata vårdgivare. Men det är inte säkert, eller kanske ens troligt, att detta är ett väsentligt skäl till den mycket begränsade privata försäkringsmarknad som vi har i Sverige och de flesta andra Europeiska länder. Denna styrs mera av skatteregler, t.ex. möjligheten till avdragsrätt för premier, än av en bristande tillgång på vårdgivare. Framför allt i en mera internationaliserad sjukvård är detta inte ett argument. På lång sikt styrs intresset för privata försäkringar främst av kostnaderna för dessa i relation till vad som man kan få inom ramen för den offentligt finansierade vården. Det är således inte troligt att ett ökat privat ägande skulle utgöra något större hot mot den offentligt finansierade, allmänt tillgängliga sjukvårdsmodellen i Sverige.

Referenser

1. Weisbrod, Burton A., "The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment," *Journal of Economic Literature* 29 (1991): 532-552
2. SOU 1993:38 Hälsa- och sjukvården i framtiden – Tre modeller
3. Arrow, Kenneth J., "Uncertainty and the Welfare economics of Medical Care," *American Economic Review* 53 (1963): 941-973
4. Newhouse, Joseph P., "Toward a Theory of Non-profit Institutions: An Economic Model of a Hospital," *American Economic Review* 60 (1970):64-74
5. Kessler, Daniel and McClellan, Mark, "The Effects of Hospital Ownership on Medical Productivity, NBER Working Paper No. 8537, October 2001
6. Duggan, Mark G., "Hospital Ownership and Public Medical Spending," *The Quarterly Journal of Economics*, 115 (2000):1343-1373

Förebyggande insatser i ett system med både privata och offentliga aktörer

av *Margareta Persson*

Inledning

Avsikten med den här promemorian är att först i kortfattad form beskriva vissa relevanta fakta och begrepp som rör folkhälsofrågor, för att det alls ska bli begripligt vad sjukvårdens roll är i det förebyggande arbetet. Därefter ger jag min syn på vad hälso- och sjukvården måste göra för att arbeta mer förebyggande och vilka förutsättningar och incitament som måste finnas för att det ska fungera. Avslutningsvis för jag fram de särskilda problem som kan finnas ur förebyggande aspekt om vårdgivaren är privatägd.

- Avsnitt 1–4 belyser hälsobegrepp, folkhälsopolitiken, vilka folksjukdomar som kan förebyggas och det som är aktuellt på riks-, landstings – och kommunnivå vad avser folkhälsofrågorna.
- Avsnitt 5 handlar om det personliga ansvaret och vad andra aktörer gör.
- Avsnitt 6 handlar om vad hälso- och sjukvården kan göra i det förebyggande arbetet.
- Avsnitt 7 handlar om vad sjukvårdshuvudmännen måste tänka på för att vårdgivarna ska bedriva förebyggande insatser.
- Avsnitt 8 är mina sammanfattande kommentarer och vad man särskilt måste uppmärksamma om vårdgivaren är privatägd.

1 Folkhälsopolitik i ett historiskt perspektiv

1.1 Begreppet folkhälsa och sociala skillnader

Folkhälsa är inte bara summan av individernas hälsa utan omfattar även det mönster av större eller mindre olikhet i hälsa som råder mellan olika grupper av befolkningen.

Medan ansvaret för individers hälsa är ett samspel mellan individ och samhälle är folkhälsan i högre grad ett ansvar för samhället. En del av befolkningens sjuklighet drabbar slumpmässigt, men en del uppträder i tydliga mönster. En del av dessa mönster är biologiskt betingade medan andra är ett resultat av vår kultur, vår levnadsstandard och vår samhällsstruktur.

De fortsatt stora skillnaderna i hälsa och dödlighet i Sverige mellan olika sociala grupper följer utbildnings- och inkomstkurvorna och visar att hälsan på befolkningsnivå är socialt betingad. De stora skillnaderna i hälsa och dödlighet mellan könen går inte heller att enkelt förklara med biologiska skillnader, eftersom skillnaderna i hälsa mellan könen varierar i olika socioekonomiska grupper. Det föreligger också skillnader i hälsa beroende på var i landet man bor, som inte enbart handlar om inkomst och utbildning. Skillnader i hälsa beroende på etniskt ursprung visar att det handlar om både socioekonomiska faktorer men också kulturella skillnader i levnadsvanor som påverkar hälsan.

En god folkhälsa handlar inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara så jämnt fördelad som möjligt. Man kan dock inte fördela hälsa som man fördelar bidrag, ändå handlar det om ekonomiska, sociala och kulturella villkor – dvs. folkhälsans fördelning är en politisk och ekonomisk fråga. Ur ett individperspektiv är det inte lika uppenbart, då kan hälsan bero på genetiska orsaker, personliga levnadsvanor eller något annat.

1.2 Historisk utveckling

De första tecknen på en mer medveten folkhälsopolitik i Sverige kan urskiljas under 1700-talet. Sverige har haft en folkhälsopolitik betydligt längre än en sjukvårdspolitik. När samhället i mer organiserad form började intressera sig för medborgarnas hälsotillstånd hade den medicinska vetenskapen inte många behandlingar att erbjuda, istället måste man förebygga sjukdomarna.

Provinsialläkarväsendet uppmanades redan i början av 1800-talet att uppmärksamma den allmänna hälsovården, att utöva kontroll över mat och dryck och tillsyn över barnens fysiska fostran. Det är också viktigt att påpeka att grundläggande förhållanden i samhället som reproduktionens villkor, fattigdom, vatten och avlopp, skaderisker, arbetsmiljö, bostadsförhållanden, utbildning och ekonomisk utveckling har haft den avgörande rollen för folkhälsans utveckling.

Från mitten av 1900-talet, när de medicinska framgångarna kom och de ekonomiska resurserna var goda, så minskade intresset för att förebygga – nu när man kunde bota och de allmänna materiella villkoren blivit så mycket bättre. Fram till 1983 omfattade den lagstadgade sjukvården enbart behandlande åtgärder. I den mån förebyggande insatser förekom var dessa frivilliga – en frivillighet som dock i vissa frågor i praktiken närmaste hade blivit en plikt, t.ex. mödra- och barnhälsovård. Den unikt låga spädbarnsdödligheten i Sverige kan både tillskrivas välfärden och dess fördelning, som genom samhälleliga ingripanden kommit alla familjer till del – men också den tidigt utbyggda mödra- och barnhälsovården.

1.3 Exempel på framgångsrika folkhälsoprojekt

Tandhälsovården

Ett bra exempel på ett lyckosamt förebyggande arbete är tandhälsovården. Med den förändrade kost som kom under 1800-talet med alltmer socker i födan, kom tandsjukdomarna att öka. År 1938 antogs den proposition som lade grunden till den svenska folktandvården. Tandhälsan har under senare år utvecklats mycket gynnsamt. En bidragande orsak till detta kan vara att tandvårdslagstiftningen redan från början ställde krav på förebyggande insatser, till skillnad mot hälso- och sjukvården som först 1983 fick det kravet infört i lagstiftningen.

Barnolycksfall

Den mycket kraftiga nedgången i barnolycksfall med dödlig utgång under de senaste 50 åren är ett annat exempel på ett lyckosamt förebyggande arbete. För 50 år sedan dog ungefär 400 barn varje år i olyckor, nu är det omkring 60 barn. Det har varit genom en kombination av många insatser, som råd och stöd på barnavårdscentraler, användning av bilbälten, cykelhjälm och flytvästar till förändringar av bygglagstiftningen och krav på produktsäkerhet, som gjort nedgången möjlig.

Färre självmord

Ett exempel på ett framgångsrikt preventivt arbete inom sjukvården var ett gotländskt program för tidig upptäckt och behandling av depressioner. 1983–1984 genomfördes ett särskilt utbildningsprogram om två gånger två dagar för alla allmänläkare på Gotland. Syftet var att lära ut att tidigt upptäcka och ge adekvat behandling för depression. Den viktigaste effekten av utbildningsprogrammet var att antalet självmord under uppföljningsperioden minskade med hälften av de befarade. De konsekvenser som noterades var att kostnaderna för antidepressiva läkemedel ökade, men kostnaderna för andra läkemedel minskade. Kostnaderna för öppen vård påverkades inte, men kostnaden för slutet vård minskade. Gotlands-exemplet illustrerar också betydelsen av uthållighet: När de systematiska fortbildningsinsatserna upphörde, ökade också självmordstalen (i Läkartidningen nr 5 från 2001 ifrågasattes hur denna studie utförts).

2 Folkhälsobegrepp och lagstiftning

2.1 Begreppet hälsa

Det finns oändligt många definitioner på vad hälsa är. Ofta brukar man anse att livskvalitet är synonymt till hälsa. WHO:s hälsodefinition från 1946 säger att "hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaron av sjukdom." Men det är ett så vitt begrepp att det är svårt att praktiskt hantera i det hälsopolitiska arbetet. Det finns många människor med kroniska sjukdomar som upplever att de har en god hälsa. Det finns människor som inte har någon diagnosticerad sjukdom men som upplever att de har en dålig hälsa. En del människor anser sig ha ett mycket gott liv – men har en dålig hälsa. Andra tycker livet är mindre tillfredsställande – men har en god hälsa. Ett gott liv och en god hälsa är alltså inte samma sak, även om det är lättare att få en god hälsa om man har ett gott liv. Förutsättningarna är helt enkelt större, men det är inte synonyma begrepp.

Nationella folkhälsokommittén avstod därför från att definiera hälsa. Man nöjde sig med följande konstaterande:

"Kommitténs främsta uppgift är att förebygga ohälsa som lägger hinder i vägen för människors frihet att själva forma sina liv."

2.2 Begreppet prevention

När man talar om prevention så handlar det om att förebygga ohälsa.

- *Primär prevention* är att försöka förhindra att sjukdom och ohälsa alls uppträder.
- *Sekundär prevention* innefattar tidig diagnostik och behandling av sjukdom så att sjukdomstiden blir så kort som möjligt.
- *Tertiär prevention* avser rehabilitering efter sjukdom eller skador och syftar till att minska komplikationer.

2.3 Preventionsstrategier

Mass-strategin

Mass-strategier, även kallade lågriskstrategier, vänder sig till hela befolkningen.

Ett exempel på den individuella nivån inom den strategin är livsmedelsmärkning – det finns tillgängligt för hela befolkningen, men det är individen som gör sitt eget val. Gruppnivån är t.ex. sexualupplysning i skolan, man ger en viktig målgrupp anpassad information. Ett exempel på befolkningsnivå i mass-strategin är förbud mot tobaksreklam, det är en åtgärd som alla människor blir mer eller mindre påverkade av.

Högriskstrategin

Vid högriskstrategier vänder man sig till människor med hög riskbelastning.

Ett exempel på individnivån att man ger kostråd till individer med höga blodfetter. Gruppnivån inom högriskstrategin kan vara att ge HIV/aids information till turister som reser till vissa länder. Befolkningsnivån i denna strategi kan vara skatt på tobak, det gäller alla- men det är bara högriskgruppen rökare som direkt påverkas.

Primärvårdsbaserade strategin

Mellanformer av de olika strategierna är målgruppsorienterade strategier och primärvårdsbaserade strategier.

Den primärvårdsbaserade strategin kan på individnivå handla om att ge alla barn i en särskild ålder en hälsoundersökning. Föräldrar kan erbjudas föräldrautbildning inom barnhälsovården, då är det en gruppstrategi. Befolkningsnivån inom den primärvårdsbaserade strategin kan handla om en väl utbyggd samverkan mellan t.ex. distriktssköterskor och övriga aktörer i lokalsamhället.

(Dessa exempel är hämtade ur Urban Janlerts Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000)

2.4 Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande

Det finns viktiga teoretiska skillnader mellan att förebygga sjukdom och att främja hälsa – även om åtgärderna i praktiken inte alltid behöver skilja sig åt.

Sjukdomsförebyggande – patogenesen

Det som leder till en viss sjukdom, patogenesen, har det forskats mycket omkring. Tidigare ansågs ofta *en* faktor vara tillräcklig förklaring till sjukdom, t.ex. förutsätter infektionssjukdomar en bakterie eller virus. Men kunskapen har ökat om att det oftast krävs ett flertal faktorer för att även en infektion ska bryta ut. Så även om vissa sjukdomar förutsätter t.ex. en bakterie, så drabbas inte alla människor, helt enkelt därför att vår sårbarhet för ohälsa är olika. Denna sårbarhet kan ibland vara genetisk, men mycket ofta handlar det om vår egen motståndskraft – och den är påverkbar.

Hälsöfrämjande – salutogenesen

Den medicinska forskningen har alltså traditionellt sökt efter orsaker eller orsaken till en viss sjukdom. Idag har man fått en ökande insikt om att det också är viktigt att förstå vad som skapar och upprätthåller hälsan, salutogenesen. Det kan handla om meningsfullhet i tillvaron, att se ett sammanhang, ingå i en gemenskap, att

ha kontroll över sin livssituation och ha någorlunda hälsosamma levnadsvanor.

Risk- och friskfaktorer

Hälsans bestämningsfaktorer är allt som påverkar hälsan, genetiska förutsättningar, det sociala arvet, risk- och friskfaktorer som är påverkbara ur individsynpunkt, allmänna miljöförhållanden som rent vatten och frisk luft, politiska förhållanden som inkomstnivåer och utbildningsmöjligheter.

Risikfaktorer för ohälsa är t.ex. att röka, äta för fet mat och ha ett stressigt arbete med litet beslutsutrymme. Frisk- eller skyddsfaktorer brukar man kalla det som stärker hälsan, som att vara fysiskt aktiv, äta hälsosamt, ingå i en gemenskap och känna att man trivs med tillvaron.

I den folkhälsopolitiska debatten skiljer man ofta risk- och friskfaktorer åt. Men i praktisk handling behöver det inte vara någon större skillnad, den som äter ohälsosamt utsätter sig för en riskfaktor- den som äter hälsosamt lägger istället till en friskfaktor i sitt liv. Ju fler skyddsfaktorer man har i sitt liv, desto lättare kan det vara att klara en eller annan riskfaktor. Och om man utsätts för flera riskfaktorer, så fungerar de inte som att $1 + 1 = 2$, utan riskerna för hälsan ökar exponentiellt.

Hälsovinst

Man kan definiera hälsovinst som en sammanvägning av den professionella medicinska bedömningen av sjukdomsförloppet efter behandling eller intervention och av individens egen upplevelse av sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Att mäta hälsovinst innebär därmed en sammanvägning både av traditionella medicinska utfallsmått, t.ex. blodsockernivå och patientens upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet.

2.5 Lagstiftning

Hälsa- och sjukvårdslagen

Den nuvarande hälsa- och sjukvårdslagen från 1983 har formulerat målet för hälsa- och sjukvården som "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen." Det innebär ett ansvar inte enbart för att upprätthålla en hälsa- och sjukvårdsverksamhet som är tillgänglig på lika villkor för dem som behöver vård, utan också ett ansvar för att verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Med hälsa- och sjukvård menas enligt lagen att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Medicinskt förebyggande ska vara både miljö- och individinriktade.

Prioriteringsbeslut

Riksdagen fattade 1997 beslut om vilka etiska riktlinjer som ska präglade prioriteringarna inom hälsa- och sjukvården. Dessa etiska riktlinjer var baserade på utredningen "Vårdens svåra val." Till prioriteringsgrupp 1 ska livshotande akuta tillstånd, sådant som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller till för tidig död, höra. Prioriteringsgrupp 2 handlar om prevention och habilitering/rehabilitering. Först därefter kommer vård av andra mindre svåra sjukdomar. Trots prioriteringsbeslutet så har mycket lite resurser avsatts till det preventiva arbetet inom sjukvården.

Annan lagstiftning

Det finns en rad lagar som påverkan folkhälsan, t.ex. miljöbalken, plan- och bygglagen, arbetsmiljölagen, socialtjänstlagen, smittskydds-, tobaks-, alkohol- och narkotikalagstiftningen, lagen om allmän försäkring, diskrimineringslagstiftning osv.

Mycket av det arbete som sker inom olika politikområden har således ett stort inflytande på folkhälsan, även om det oftast är andra frågor som står i fokus när frågorna diskuteras.

3 Förebyggande arbete kan påverka de stora folksjukdomarna

3.1 Det förändrade sjukdomspanoramats

Sjukdomspanoramats utveckling under 1900-talet karakteriseras framför allt av de kroniska (icke smittsamma) sjukdomarnas relativa ökning, på bekostnad av framför allt infektionssjukdomarna. Ofta betecknas den här gruppen kroniska sjukdomar som välfärdsjukdomar. När man talar om välfärdssjukdomar kan man samtidigt konstatera att de trots namnet i första hand drabbar de grupper som har minst välfärd i vårt samhälle. Hjärtinfarkt är t.ex. inte längre någon "direktörssjukdom", vilket det var tidigare. Vissa cancerformer är vanligare i de socialt och ekonomiskt mindre privilegierade grupperna.

Psykosomatiska sjukdomar, stressrelaterad ohälsa och psykisk oro är exempel på ohälsa som vi idag vet är betingade av en kombination av individens egen sårbarhet, den omgivande sociala miljön och de egna levnadsvanorna. Det är inget nytt, men vi har idag mer kunskaper om dessa samband.

Dessutom tar sig ohälsan olika uttryck under olika tidsepoker, vilket ytterligare belägger sambandet mellan individ, samhälle och rådande kultur. Vissa diagnoser är "moderna" under ett antal år, för att vid en annan tidpunkt vara helt borta och istället används andra begrepp. Eftersom den medicinska forskningen oavbrutet gör nya framsteg är det givetvis naturligt att diagnoser kan ställas idag, som man tidigare inte hade kunskap nog att ställa.

Men det förtjänar att påpekas att det inte alltid är ny kunskap som ligger bakom byte av ord och att nya diagnoser inte behöver avspegla en reell skillnad i sjuklighet. Ohälsan kan ha funnits där hela tiden, men den rådande samhällskulturen gör att den manifesteras i olika skepnader. Det betyder också att det kan vara svårt att jämföra vissa sjukdomar över tid. Det som nu t.ex. kallas utbrändhet är inte en ny "farsot" som plötsligt drabbat befolkningen inom loppet av några år. Orsakerna till ohälsan har funnits tidigare också, men då givits andra namn och kanske tagit sig andra uttryck. Människor har alltid reagerat på olika former av ohälsosam stress genom somatiska eller psykiska symtom. Samtidigt har de utlösande orsakerna till s.k. utmattningsdepression (utbrändhet) förmodligen blivit större under de senaste åren, framför allt genom de förändrade villkoren på arbetsmarknaden.

Medellivslängden fortsätter att öka, något snabbare för män än för kvinnor och spädbarnsdödligheten fortsätter att minska. Samtidigt ökar antalet sjukskrivna mycket snabbt. Visserligen har sjukskrivningarna varierat kraftigt över tid under de senaste decennierna. Men sjukskrivningstalen är nu högre än någonsin och det är kvinnornas sjukfrånvaro som ökar mest. Kopplingen till situationen i arbetslivet är tydlig, eftersom det är vissa branscher och vissa arbetsplatser som har höga och snabbt stigande sjukskrivningar.

3.2 De största folksjukdomarna och dess påverkbara orsaker

Hjärt-kärlsjukdom

Hjärt-kärlsjukdomarna är fortfarande den klart största orsaken till för tidig död och ohälsa, även om dödligheten minskat betydligt under de senaste årtiondena. Orsaken är både minskat insjuknande och bättre överlevnad. Risken att dö i hjärtinfarkt är idag dubbelt så stor för en arbetare jämfört med en tjänsteman.

Det finns god kunskap om ett flertal bidragande orsaker till både hjärtinfarkt och slaganfall. Det handlar om ärftliga faktorer, om tobaksrökning, högt blodtryck, förändrad sammansättning av blodfetter, låg fysisk aktivitet, diabetes och flera vanligt förekommande sociala faktorer som lågt inflytande över arbetet och sviktande socialt stöd.

Diabetes

Diabetes är en sjukdom som inte minst genom sina effekter på blodkärlen är ett stort folkhälsoproblem. Diabetes typ 1 ökar bland barn under 15 år, men minskar bland yngre vuxna i åldern 15–34 år. Diabetes typ 2, s.k. åldersdiabetes, ökar. Den har en stark genetisk komponent, men den drabbar i betydligt högre grad människor med övervikt. Det betyder att mat och fysisk aktivitet har stor betydelse för uppkomsten av denna sjukdom.

Cancer

Antalet människor som insjuknar i cancer ökar, men dödligheten är oförändrad. En delförklaring till ökningen av antalet cancerfall är att befolkningen blir allt äldre. Lungcancer bland kvinnor har ökat i en alarmerande takt, medan den minskar för män. Denna utveckling avspeglar de förändrade tobaksvanorna, men med över 20 års fördröjning. Hudcancer ökar och det beror i huvudsak på våra förändrade solvanor. Genetiska faktorer spelar en betydande roll för förekomsten av cancer men de samverkar med yttre faktorer. Det kan handla om vissa infektioner, men tobaksrökning, kostvanor och solvanor spelar en stor roll. Kemikalier i arbetsmiljön och yttre miljön har numera inte lika stor inverkan i Sverige.

Skador

Den andra främsta orsaken till att medellivslängden ökar (förutom nedgången i hjärtkärl dödlighet) är att dödligheten i skador minskat med närmare 40 % sedan år 1980. Skadeförebyggande arbete är ett exempel på ett mycket effektivt folkhälsoarbete, man kan se resultat snabbt. Tre typer av skador dominerar sedan länge skademönstret i Sverige: självmord, trafikskador och fallskador. Alla dessa går att förebygga.

Infektionssjukdomar

Även om infektionssjukdomarna i rika länder som Sverige utgör en relativt liten del av sjukdomsburden är det ett synnerligen viktigt område ur förebyggande synpunkt. Det beror dels på att många av sjukdomarna är ovanliga endast så länge som ett effektivt förebyggande arbete görs, dels att infektioner har visat sig spela en roll vid många sjukdomar, t.ex. magsår och cancer, som man tidigare trodde hade en annorlunda orsaksbild.

Allergi

I Sverige, liksom i många andra länder med likartad ekonomisk och social utveckling, pågår sedan flera decennier en stadig ökning av allergiförekomsten. Man känner fortfarande inte till orsakerna till

denna ökning. Däremot vet man alltmer om vilka ämnen som kan framkalla allergiska reaktioner, som t.ex. tobaksrök, pälsdjur och problem med inomhusmiljön. Så även om grundorsakerna till ökningen inte är kända, så finns det mycket att göra på det förebyggande området för att allergin inte ska utlösas.

Rörelseorganens sjukdomar

En av de allra vanligaste symtomen i den svenska befolkningen och som i hög grad påverkar arbetsförmågan är värk i rygg, nacke och leder. Rörelseförmågan hos äldre har dock förbättrats kraftigt under senare år. Alltfler forskningsrapporter visar att symtom som värk i första hand uppkommer genom ett samspel mellan ergonomiska och psykosociala faktorer i arbetsmiljön. Det betyder att många av dessa symtom går att förebygga genom en bättre fysiskt anpassad arbetsmiljö, förändringar av den psykosociala miljön som kan minska stressreaktioner, men också genom fysisk aktivitet.

Psykisk ohälsa

Beräkningar av sjukdomsördan har visat att de psykiska sjukdomarna och de psykiska symtomen har en mycket stor betydelse för folkhälsan. Psykiska tillstånd som präglas av oro, ångest, panik-känslor, nedstämdhet och sömnsvärigheter ökar mycket. De allra senaste åren har s.k. utmattningsdepressioner ökat kraftigt. Ohälsosam stress, både i arbetslivet och i privatlivet, är ofta den utlösande faktorn. Den enskilda individen är också olika mycket sårbar för yttre omständigheter, bl.a. beroende på barndomsförhållanden och levnadsvanor.

Det finns starka samband mellan psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor, som rökning, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, att utsätta sig för sexuella risker, att äta mindre hälsosam mat och att röra sig mindre fysiskt. Att bli stärkt i sin självkänsla och i viljan att överleva inte bara för stunden, utan också på sikt, är avgörande för människors levnadsvanor. Den psykiska hälsan är därmed en viktig faktor för individens ork och förmåga att förändra levnadsvanor som i sin tur kan förebygga annan ohälsa. Och omvänt kan lättare psykisk ohälsa påverkas av mer hälsosamma levnadsvanor. Sambandet mellan kropp och själ är tydligt.

Stora skillnader mellan grupper

Eftersom olika riskfaktorer i hög grad påverkas av individens socio-ekonomiska förhållanden, så är det inte förvånande att det föreligger stora skillnader mellan olika gruppers sjuklighet och livslängd. Livslängden kan skilja 5–10 år mellan olika kommunalar beroende på befolkningens sociala sammansättning. Förutsättningarna att få leva frisk och utan sjukdom långt upp i åldrarna är betydligt större för tjänstemän än för arbetare. Man räknar med att tjänstemän kan se fram emot 7–8 års längre frisk tid som pensionär än en arbetare. Även ohälsan bland barn är starkt relaterad till föräldrarnas sociala bakgrund. Det som tillsynes handlar om könsskillnader behöver inte heller vara så biologiskt betingade som man tidigare trott. En del av de skillnader i hälsa, sjuklighet och dödlighet som föreligger är istället genusbetingade, dvs. de psykologiska, kulturella och sociala aspekterna av könsbegreppet.

4 Aktuellt kring folkhälsoarbetet

4.1 Folkhälsoarbetets utveckling

Under det senaste decenniet har folkhälsoarbetet utvecklats kraftigt, såväl på internationell nivå som inom de olika nivåerna nationellt. I viss mån kan man säga att det blivit en renässans för folkhälsoarbetet, efter att hälsa under ganska många år betraktats som en individuell fråga som inte samhället har så mycket ansvar för. Idag ser man tydligare levnadsvanornas koppling till social tillhörighet och betydelsen för hälsan av att människan ingår i en gemenskap. I takt med att sjukskrivningarna stigit har man också blivit mer medveten om hur negativ stress och arbetslivets organisering påverkar hälsan.

4.2 Nationella folkhälsokommittén

Nationella folkhälsokommittén har varit en parlamentarisk kommitté som började sitt arbete våren 1997. Uppdraget var att ge förslag på hur hälsan kan främjas, fanga in nya hot mot folkhälsan, föreslå mål och strategier för att minska de stora skillnaderna i hälsa som finns mellan olika grupper. Förslagen skulle vila på vetenskaplig grund. I uppdraget låg också att arbeta processinriktat,

för att få så många aktörer med i folkhälsoarbetet som möjligt. I oktober 2000 lämnades slutbetänkandet "Hälsa på lika villkor", SOU:2000:91, med förslag till nationella folkhälsomål till regeringen.

4.3 Statens folkhälsoinstitut

Riksdagen har redan beslutat att förändra det tidigare Folkhälsoinstitutet till Statens Folkhälsoinstitut. Uppgifterna ska bl.a. vara att följa upp de folkhälsomål som riksdagen senare ska anta, samordna det folkhälsopolitiska arbetet bland olika sektorsmyndigheter, samordna forskning, avge en folkhälsopolitisk rapport till regeringen var fjärde år och ge kunskapsunderlag till olika aktörer i folkhälsofrågor. Den praktiska skillnaden gentemot allmänheten blir att institutet endast i särskilt angivna fall ska bedriva eget opinionsarbete. Information i hälsofrågor ska bedrivas av resp. sektorsmyndighet, frivilligorganisationerna ska stödjas för att bedriva idémässig opinion i hälsofrågor och i övrigt ska kommuner och landsting stå för hälsoinformation till medborgarna.

4.4 Hälsomål för arbetslivet

Regeringen har inlett en översyn av orsakerna till den ökande ohälsan i arbetslivet. Flera utredningar har genomförts. Ett antal förslag har lämnats av olika utredningar. En särskild utredare har sammanställt de olika förslagen och gett regeringen förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, SOU 2002:5.

4.5 Kommuner och landsting

Landstings- och kommunförbunden arbetade under flera år gemensamt fram ett folkhälsoprogram. Ett av syftena med programmet var att sätta folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen.

Folkhälsoråd

Runt om i landet har sedan flera år olika typer av folkhälsoråd utvecklats. Ofta medverkar aktörer från olika huvudmän. I vissa råd medverkar politiker, i andra är hälsoråden rena tjänstemannagrupper. På vissa håll har ett mycket fruktbart samarbete mellan olika aktörer etablerats.

HKB och välfärdsbokslut

Hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB) är ett verktyg som behöver fortsätta att utvecklas, men syftet är att man inför varje politiskt beslut ska göra en hälsokonsekvensbeskrivning. Ett annat exempel är välfärdsbokslut som har utvecklats av Folkhälsoinstitutet, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet i nära samverkan.

Hälsoplaner

I en del kommuner och landsting har man utarbetat hälsoplaner, som fastställts av fullmäktige. Avsikten med hälsoplaner är att alla berörda i ett område ska samverka, se vilka hälsoproblem som är störst, belysa vilka frisk- och riskfaktorer som finns, hur hälsan ser ut ur olika sociala gruppers synpunkt och efter en sådan analys föreslå vilka åtgärder som är viktigast att vidta i kommunen eller landstinget för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Hälsobudget

En traditionell budget utgår ofta från resursbehov och fördelning av ekonomiska ramar. Några landsting, t.ex. Östergötland, har istället en budget som utgår från människors hälsa. Syftet med en sådan hälsobudget är att ge en samlad utgångspunkt för landstingets/regionens uppdrag genom att betrakta hälsa och sjukdom i ett sammanhang. Men också att i ökad utsträckning fokusera på hälsa och hälsorelaterad livskvalitet snarare än sjukdom och nedsatt organfunktion. Det pågår arbete i några landsting att utveckla ersättningsystem inom sjukvården så att hälsovinster ska ersättas

istället för att ersättning ges efter prestation. Men några riktigt bra metoder finns inte ännu.

Hälsofrämjande sjukhus

WHO-projektet Health Promoting Hospitals startade i Europa 1992. En utgångspunkt var att ta till vara sjukhusens kunskap, kontaktyta och auktoritet för att stärka det förebyggande arbetet. Den andra utgångspunkten var att genom en tydligare målorientering mot hälsa, skapa effektivare ledning av sjukvården. Idag omfattar det internationella nätverket 447 sjukhus från 29 länder/regioner. Det svenska nätverket Hälsofrämjande Sjukhus startade 1996 och har nu 15 medlemmar. Målet är en helhetssyn på patienternas hälsa. Som "operationella mål" arbetar man med delprojekt utifrån tre perspektiv; det som leder till hälsovinster för patienterna, hälsovinster för upptagningsområdet (befolkningen) samt hälsovinster för den egna personalen. För att stödja denna utveckling mot hälsa har det svenska nätverket ett särskilt utvecklingsarbete, som avser att i klinisk rutin mäta hälsorelaterad livskvalitet hos patientgrupper.

5 Aktörer på hälsoområdet som inte är offentliga

5.1 Det personliga ansvaret

Det finns en ständig diskussion om hur stort individens personliga ansvar är för sin livsstil och hur mycket ansvar som finns hos olika samhällsaktörer. Självklart varierar gränsdragningarna för detta beroende på ett samhälles ekonomiska, politiska och kulturella förhållanden.

Under förra seklet har det i Sverige funnits en bred uppslutning kring att det handlar om både ett personligt ansvar och ett samhällsansvar. De flesta har förmodligen ansett att det varit viktigt med en av samhället tillhandahållen förebyggande mödra- och barnhälsovård som når alla, utan att det på något sätt inkräktar på den enskildes ansvar för sig själv och sina barn.

I ett samhälle som Sverige kan man ur en aspekt säga att de allra flesta människor är fria att göra sina egna val av levnadsvanor. Man kan välja om man vill eller inte vill försöka sluta röka, dricka alkohol eller inte, äta mycket fett eller mycket grönsaker, motionera

eller mest ligga på soffan. Om man betraktar levnadsvanor så "enkelt", som om det alltid handlade om ett aktivt, personligt val, så kan man säga att samhällets uppgift endast är att tillhandahålla saklig hälsoinformation. Därefter är det individens eget ansvar hur man väljer att leva sitt liv. Fast även med ett så snävt synsätt som lägger ansvaret helt hos individen, så kan individens "val" ändå komma att beröra alla andra medborgare, eftersom valet ur ett befolkningsperspektiv så småningom påverkar ohälsotalen och behovet av sjukvård. Ur ett samhällsperspektiv kan man därför säga att vi alla är berörda av hur vi som individer väljer att leva våra liv.

Men nu är inte levnadsvanor så enkelt som att det bara är ett uttryck för en personlig åsikt som man kan välja hur som helst. Levnadsvanor hör ihop med livsstil. Och en livsstil är i sin tur uttryck för en social och kulturell tillhörighet. Det är inte en slump att människor i vissa yrken eller sociala grupperingar i stor utsträckning "väljer" samma fritidssysselsättningar, har samma motionsvanor, har likartade dryckesvanor, äter likartad mat och slutar röka ungefär samtidigt. Ofta hävdar dock individerna i dessa grupper att det är deras högst personliga val. Det är uppenbart att livsstil och levnadsvanor hänger ihop. Därmed hör valet av levnadsvanor ihop med människors utbildning, yrkestillhörighet, ekonomiska situation och sociala villkor i stort.

Av ovanstående kan man då dra slutsatsen att individen endast är i händerna på "gruppens" val och därmed utan personligt ansvar för sina egna levnadsvanor. Så är det givetvis inte. Som individer är vi i Sverige rent teoretiskt fria att ta ställning och välja hur vi vill leva - men vi är mycket mer påverkade av vår omgivning än vi ofta vill tro. I skärningspunkten mellan synen på individens möjligheter kontra det "gruppträck" som råder, brukar de politiska ställningstagandena till hälsofrågor finnas.

5.2 Folkrörelsernas betydelse för hälsan

Sverige är ett land som i mångt och mycket präglats av folkrörelser. Även på folkhälsoområdet har civilsamhällets organisationer historiskt sett haft stor betydelse. Tydligast är kanske den stora påverkan som nykterhetsrörelsen hade på det svenska folkets dryckesvanor i början av 1900-talet. Andra exempel från denna tid är fackföreningars påverkan på arbetsmiljön under den tidiga industri-

aliseringen samt den sociala verksamhet som bedrevs av religiösa organisationer.

Folkrörelser, folkbildningsorganisationer och andra föreningar har haft betydelse för folkhälsan även senare. Den relativt goda hälsoutveckling för hela befolkningen som vi har sett i Sverige under 1900-talet är till stor del kopplad till att människor kollektivt valt att på olika sätt förbättra sin och andras tillvaro.

Det är inte bara föreningar som har "hälsa" på dagordningen som har betydelse för folkhälsan. Många föreningar har unika egenskaper som offentliga organ inte så lätt kan ersätta. Det gäller bl.a.:

- Förmedlare av budskap: Ett budskap som förs fram av någon man litar på, någon som är som en själv, det budskapet har större betydelse än om det sägs av offentliga organ.
- Träffa andra i samma situation: Att träffa andra i samma situation om man är i ett utsatt läge är hälsofrämjande och kan aldrig ersättas av offentliga tjänstemän.
- Förmedlare av utsatta gruppers behov: Samhället får kunskap om hälsofrågor genom de personer som är berörda.
- Alla mår bra av att göra saker tillsammans med andra: Att delta i föreningsliv är ett socialt kitt i sig, som motverkar ensamhet och tar tillvara människors behov av att göra nytta.

5.3 Privata aktörer

Det finns olika privata aktörer som påverkar hälsan på gott och ont.

Läkemedelsindustrins roll och deras ekonomiska intressen ska inte underskattas ur hälsosynpunkt, mycket tillspetsat kan man säga att det ligger i deras intresse att människor äter medicin för att bli friska i stället för att ändra sina levnadsvanor. Samtidigt som nya läkemedel ökat överlevnaden, förhöjt livskvaliteten för många och förändrat behovet av sjukvård. Det finns andra privata aktörer, som tobaksindustrin, som istället aktivt motarbetar folkhälsan genom att försöka få människor att börja med och vidmakthålla ohälsosamma levnadsvanor.

På hälsoområdet har det under senare år vuxit fram en stor mängd aktörer inom den privata sektorn. Det finns behandlingar genom alternativ medicin i olika former som den traditionella sjukvården inte tillhandahåller. Människor söker sig alltmer utanför den vanliga skolmedicinen för att få hjälp. Allt fler preparat godkänns

av Läkemedelsverket som naturläkemedel och intresset för alternativa metoder ökar. Förra året såldes naturläkemedel och kosttillskott för flera miljarder kronor.

I spåren av de alternativa metoderna finns också många idéer och metoder som bygger mer på tro än vetande. Det betyder att människor som känner sig oroliga för sin hälsa inte bara erbjuds någorlunda beprövade alternativa metoder, utan också utsätts för olika läror och idéer som innebär allt från att man ska köpa mycket tveksamma produkter till att man ska bete sig på olika sätt.

Olika kommersiella aktörer har uppfattat att det finns ett allt större intresse för hälsa hos stora delar av befolkningen. Man har helt enkelt sett att man kan tjäna pengar på att sälja nya produkter. Budskapet är att man ska ta ansvar för sin egen hälsa. Det är dock inte säkert att det just är genom att äta mer av dessa produkter som den enskilde bäst förbättrar sin hälsa. Vissa kommersiella aktörer gör reklam för att vi ska köpa både deras hälsosamma och ohälsosamma produkter, dvs. man säljer också sina vanliga produkter som kan vara allt annat än hälsosamma.

Jämsides med det ökade utbudet på hälsomarknaden finns en debatt som handlar om det personliga valet och det egna ansvaret. I många avseenden är den debatten viktig. Samtidigt drivs det synsättet ibland för långt; man tar ingen hänsyn till att vi lever under olika omständigheter och föds med olika förutsättningar. Omständigheter som individen inte alltid kan styra över. I värsta fall kan en sorts "hälsofascism" växa fram, dvs. att det är bara du själv som styr över din hälsa och blir du sjuk är det ditt eget fel. Det är inte heller säkert att den diskussion som kan uppstå med utgångspunkt från utbudet på hälsomarknaden egentligen gagnar hälsan. Det finns också anledning att vara uppmärksam på en alltför stark kroppsfixering som i sin förlängning istället kan skada hälsan.

Eftersom de kommersiella krafterna på hälsomarknaden har som huvudsakligt skäl att tjäna pengar, så är det viktigt att andra aktörer i samhället, från myndigheter till föreningsliv, blir aktiva i hälso-debatten. Människor ska inte behöva bli offer för intressen som inte alls alltid har hälsa som utgångspunkt, även om det framställs så. Och även om den som saluför en produkt eller en hälsometod är övertygad om att det är bra ur hälsosynpunkt, så kan helhetssynen på människan och det som främjar hälsa och skapar ohälsa saknas. Samtidigt visar framväxten av allt det nya på hälsomarknaden att det finns ett tomrum inom hälsoområdet.

De nya aktörerna sätter ofta fokus på det hälsofrämjandet och inte främst det behandlande, som den traditionella sjukvården gör. Sjukvårdshuvudmännen och apoteken skulle kunna spela en betydligt aktivare roll på det hälsofrämjande området. Det är viktigt att så sker, eftersom många människor idag utsätts för en sorts hälso-propaganda som det kan vara svårt att själv kunna ta ställning till. Sjukvårdshuvudmännen borde också ta på allvar att kommersiella intressen insett att det finns pengar att tjäna på människors intresse för hälsa. Varför utnyttjar inte samhällets aktörer detta intresse? Om de offentliga organen helt överläter åt privata aktörer att utveckla hälsomarknaden, så kan existerande sociala skillnader i hälsa förstärkas.

6 Sjukvårdens framtida roll i det förebyggande arbetet

Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälso-utvecklingen via sin professionella kompetens, sitt starka inflytande över kunskapsutvecklingen, sin breda kontaktyta mot allmänheten och sin vardagliga närvaro i lokalsamhället. Generellt kan man säga att den moderna sjukvården i Sverige gett det hälsofrämjande perspektivet mycket liten uppmärksamhet. För att ta en liknelse: Man har endast ägnat sig åt livräddning, istället för att låta simläraryrarna också lära ut simning så att det blir färre personer att livrädda. Sjukvården arbetar mest med individperspektivet, vilket ur främjandesynpunkt kan göra att man inte ser alla samband. Det är som om man inte ser skogen för alla trån. Ur individperspektivet kan man inte alltid säga tvärsäkert att du blir bättre om du lägger om dina levnadsvanor och försöker förändra din livsstil, men ur ett befolkningsperspektiv kan man se att sådant påverkar folksjukdomarna.

Hälso- och sjukvårdens primära uppdrag är att tillgodose patientens behov av sjukvård. Om det uppdraget inte kan fullgöras så förlorar också hälso- och sjukvården sin trovärdighet och legitimitet i sitt förebyggande arbete. Ur ett folkhälsoperspektiv finns inget motsatsförhållande mellan det behandlande och det förebyggande. Vid varje vårdtillfälle skall en människosyn och ett hälsoorienterat förhållningssätt tillämpas som hjälper den som redan är sjuk att bibehålla och stärka sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande och att förstärka det friska hos individen.

Hälso- och sjukvården har genom sin breda kontaktyta speciella förutsättningar att nå grupper som är särskilt sårbara i hälsoavseende. Det sker genom en vård som är lokalt närvarande, öppen för alla på lika villkor och som genom sin struktur kan "nå alla individuellt". Den har unika förutsättningar att möta individen under olika skeden i livet och bidra till att främja hälsan genom t.ex. ungdomsmottagningar, mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård eller genom att inbjuda till hälsosamtal, vaccinationer eller samtal kring speciella hälsoproblem som delvis förorsakas av levnadsvanor. Man kan också genom tidig upptäckt förhindra insjuknande i folksjukdomar som t.ex. hjärtinfarkt och vissa cancerformer. Att förstärka i första hand den primära vårdnivån är angeläget från folkhälsosynpunkt.

Efterfrågan på vård speglar inte vad som är bäst för folkhälsan

Trots att många talat om primärvårdens betydelse under lång tid, så är det ofta svårt att styra resurserna dit. En anledning är bl.a. att teknikutvecklingen är mycket snabb. Så fort ny vårdteknik finns att tillgå, kommer en befogad patientefterfrågan att finnas som vill få tillgång till detta. Hur hävdar man primärvården och det förebyggande arbetet i konkurrens med ny och dyr vårdteknik?

Det finns alltför många exempel från primärvården där välinformerade patienter kräver sin "rätt" till dyra undersökningar, trots att läkaren inte kan se att ett sådant behov föreligger. Efterfrågan på undersökningar och läkarkontakter säger mycket lite om människors vårdbehov. Det finns också många exempel på att normalt friska människor omedelbart vill ha medicin och hjälp vid lindriga sjukdomar, som oftast går över av sig själv efter ett par dagar. Men det är den efterfrågan som ofta får styra sjukvården och de investeringar som görs. Resultatet kan i värsta fall ur ett folkhälsoperpektiv leda till en sämre folkhälsa, fast ingen avsett det från början. Om en del av de resurser som nu satsas på att få fram ny teknik och läkemedel gick till långsiktigt förebyggande arbete så skulle folkhälsan kunna förbättras. I det förebyggande arbetet finns dock inte alls de kapitalintressen som ligger bakom teknik- och läkemedelsutvecklingen. Det finns inte heller samma sociala status i att förebygga som att bota. Det är "finare" att vara kirurg och göra en komplicerad operation, än att påverka någon att ändra sina levnadsvanor så operationen inte skulle behöva bli av.

Ett utbyggt system med privata sjukhus skulle på lång sikt kunna försvåra en satsning på primärvård och förebyggande insatser. Förekomsten av privata sjukhus i USA har bl.a. visat att sjukhusen konkurrerar med teknik och utrustning, eftersom den som kan köpa undersökningar och vård för pengar gärna väljer det sjukhus som har den senaste tekniken. Man kan se det som ett exempel på hur prioriteringar ur ett folkhälsoperspektiv kan bli felaktiga, när det är den aktiva "efterfrågan" som styr. Även om vi i Sverige inte diskuterar att införa privat sjukvård utan offentlig finansiering, utan mer som privata utförare, så måste man se på de avarter som kan bli när marknaden och efterfrågan styr i sjukvården. Helt privatfinansierad sjukvård finns dock redan i Sverige, även om det fortfarande är i mycket liten skala.

Självklart kan man inte säga att det är en privat aktörs "fel" att efterfrågan styrs in på vissa saker, fast andra åtgärder borde ha varit bättre ur ett samhälleligt folkhälsoperspektiv. Men eftersom privata aktörer bygger mer på vinst och efterfrågan än samhälleliga aktörer, så kan fler privata aktörer skynda på en utveckling som istället borde styras åt ett annat håll.

Preventiva paradoxen

För att förstå betydelsen av hälso- och sjukvårdens möjligheter att främja hälsa i befolkningen i stort – och inte bara hos sina patienter – är kunskap om den preventiva paradoxen viktig. De som är särskilt utsatta för risker att t.ex. få en hjärt-kärlsjukdom är de som har högt blodtryck. Människor med högt blodtryck uppsöker oftast vården och får behandling. Om hälso- och sjukvården endast riktar sina ansträngningar till att tala om betydelsen av förändringar av levnadsvanor hos den patientgruppen, så kommer man att missa de allra flesta människor som senare får hjärt-kärlsjukdomar. Ur ett befolkningsperspektiv räcker det därför inte om hälso- och sjukvården endast når den grupp som aktivt söker som patienter med råd om förebyggande insatser.

Idag tillvaratas inte de preventiva möjligheter som finns på ett tillräckligt sätt. Hälso- och sjukvården kan i större utsträckning använda sin auktoritet, sin kunskap och kontaktyta för att främja hälsa i kontakt med patienter, anhöriga och allmänheten. Det kan t.ex. ske genom aktivare information om livsstilsrisker som kan

leda till sjukdom, deltagande i samhällsdebatten eller genom registrering av skador för att skademiljöer lättare ska upptäckas.

Ett befolkningsansvar för hälsan i ett geografiskt område, samt ett helhetsperspektiv på hela vårdkedjans betydelse ur den enskilde patientens perspektiv, måste dessutom finnas på varje vårdcentral. Det räcker inte med att det finns längre "bort" i sjukvårdsapparaten.

Primärvårdens möjligheter

Betydelsen av att det just är läkaren som tar upp hälsofrågor med patienten ska inte underskattas. Bara att läkaren t.ex. frågar om tobaks- och alkoholvanor och säger lite allmänt om dessa vanors inverkan på hälsan, har visat sig ge resultat. Läkaren har därför det första ansvaret för "motivationen." Läkaren behöver dock inte vara den som ger de praktiska hälsoråden om hur vanor kan förändras, tipsar om föreningar eller nätverk som skulle passa just den patienten. Nätverk som kan vara viktiga för att bryta isolering och dessutom skapa impulser till ett nytt sätt att leva. Däremot måste den typen av råd kunna ges enkelt på vårdcentralen av någon annan, en distriktssköterska, en dietist, en sjuksköterska som är utbildad i tobaksavvänjning osv.

Ett hjälpmedel för hälso- och sjukvården har tagits fram för att underlätta ordination av fysisk aktivitet på recept. Det har döpts till FYSS och är fortfarande under uppbyggnad. I ett pilotprojekt prövas nu fysisk aktivitet på recept på olika håll i landet. Syftet är att se hur förskrivningen av fysisk aktivitet på recept fungerar under olika betingelser.

Det är möjligt att man skulle kunna pröva att organisera en helt hälsofrämjande verksamhet av hälso- och sjukvården i en särskild organisation, med en egen ansvarig och med en egen budget. Lokalmässigt kan det med fördel lokaliseras ihop med den traditionella vårdcentralen, för att det ur patientens perspektiv inte ska vara så krångligt. Och för att sjukvård och hälsofrämjande arbete inte ska ses som olika saker. Men för att det ska finnas ett särskilt ansvar för metodutveckling och för att pengarna ska vara öronmärkta till direkt främjande/investerande arbete, så kan det vara möjligt att pröva en sådan modell. Det finns många skäl, bl.a. ideologiska, att avvisa tanken om en separat del. Men så länge den traditionella modellen visat så få bra exempel på hälsofrämjande ar-

bete, så kan det vara en idé värd att pröva. Det är möjligt att ett utbud av olika vårdgivare, privata som offentliga, i hälsofrämjande metodarbete skulle stimulera utvecklingen på området. Men ett hälsofrämjande synsätt och det grundläggande motivationsarbetet för att ändra på t.ex. levnadsvanor, måste ändå alltid åligger den behandlande läkaren.

Sambandet mellan kropp och psyke

Primärvården, liksom de mer specialiserade sjukhusen, skulle genom en skärpt uppmärksamhet kunna identifiera patienter med psykiska problem tidigare än som sker idag. Den kunskap som nu finns om sambandet mellan kropp och psyke och om hur olika sjukdomstillstånd kan påverkas av detta, borde i betydligt högre grad prägla hälso- och sjukvårdens arbete än idag.

En hälsoorientering av hälso- och sjukvården innebär en förskjutning i synen på vilka kunskaper som behövs. Vården måste fördjupa sin kunskap om de komplexa samband som finns om människors egenupplevda hälsa. En bättre egenupplevd hälsa bidrar till mindre sjukdom. Det handlar om positiva synergieffekter. Den kunskapen har en särskild betydelse för att förstå sambanden mellan psykisk ohälsa och fysisk ohälsa.

Kunskapen om sociala nätverks betydelse för möjligheten att bevara hälsan eller att tillfriskna efter sjukdom är idag vetenskapligt belagt. Om hälso- och sjukvården på ett bättre sätt än för närvarande kan stödja anhöriga och förmedla kontakter mellan olika patienter eller grupper så kan det påverka hälsan positivt. Det betyder inte att sjukvården behöver vara utförare eller direkt organisatör av en aktivitet, men rollen som initiativtagare och kontaktförmedlare ska inte underskattas.

Förbättrad läkemedelsanvändning

Läkemedelsförskrivningen bör uppmärksammas betydligt mer i det hälsofrämjande arbetet. De senaste 30 åren har läkemedelskostnaderna ökat med i snitt 10 procent årligen. Mycket talar för att läkemedelskostnaderna kommer öka ännu snabbare under de närmaste åren. Det beror bl.a. på att nya läkemedel introduceras som är mycket dyrare än äldre preparat, trots att de inte alltid är bättre.

Samtidigt är läkemedelskostnaderna per invånare mycket lägre i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder, de är t.ex. mindre än hälften än i Frankrike. Läkemedelskostnadernas andel i procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna är också lägre än i många andra länder. Läkemedelsindustrins roll är betydande när det gäller förbrukning och kostnader.

I USA har man t.ex. satsat mycket på reklam för receptbelagda läkemedel till allmänheten, sedan det blev tillåtet 1997. Man är nu rädd för att reklamen skapar en efterfrågan av patienten och ett tryck på läkarna att skriva ut läkemedel som egentligen är inadekvata eller onödigt dyra. Samtidigt är man rädd för att reklamen blir alltmer inriktad mot "lönsamma" sjukdomar och livsstilsläkemedel och att dessa satsningar går ut över annan forskning och utveckling.

En annan- och ur förebyggande aspekt- mycket viktig orsak till den stigande efterfrågan av vissa läkemedel är att förändrade levnadsvanor, t.ex. minskad fysisk aktivitet, bidrar till att behovet av läkemedel ökar eftersom det finns alltfler livsstilsrelaterade läkemedel att tillgå. Samtidigt som vissa av dessa sjukdomar aldrig skulle behövt uppstå – eller som skulle kunna lindras – om levnadsvanorna förändrades. De resurser som det offentliga samhället satsar på att utveckla det förebyggande arbetet är i jämförelse med vad privata kapitalintressen kan satsa på läkemedelsutveckling i det närmaste obefintligt.

Traditionellt finns också mycket forskning kring medicinsk behandling. Det finns inte alls lika mycket forskning kring hur metoder ska se ut för "icke medikamentell behandling", det finns få praktiska metoder att erbjuda inom vården. Det betyder att ofta fortsätter läkarna förskriva läkemedel, samtidigt som en förändring av levnadsvanor skulle kunna minska läkemedelsbehovet.

Man uppskattar att orsaken till att ungefär 10 % av de patienter som läggs in för slutenvård är felaktig läkemedelsanvändning. Det handlar både om underanvändning av läkemedel, men också att särskilt gamla människor ibland har alltför många olika läkemedel förskrivna. Att satsa resurser på att förbättra läkemedelsanvändningen skulle alltså spara både pengar åt landstingen och kommunerna och spara onödigt lidande. Det är ett exempel på sekundär och tertiär prevention.

Landstingen kommer från 1 januari 2002 att genom läkemedelsreformen stå för större delen av de överskjutande kostnaderna för läkemedel, när statsbidraget inte räcker. Möjligtvis kan det leda till

att landstingen blir mer benägna att intressera sig för fler förebyggande insatser och en bättre läkemedelsanvändning, jämfört med när staten tidigare mer passivt betalat läkemedelsnotan.

Hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan kan sammanfattas i följande:

1. Stödja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper

- a. Effektivt behandla sjukdom, rehabilitera efter sjukdomsperiod, men också, hos den kroniskt sjuke stödja individens möjlighet att leva ett bra liv.
- b. Initiera och stödja hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på individ- och gruppnivå och utveckla metoder så att preventiva insatser naturligt integreras i "vårdkedjan".
- c. Ge stöd till individer och grupper med ökad sårbarhet för sjukdom eller ohälsa, dvs. som lever med riskfaktorer för sjukdom eller med bristande psykosociala resurser.

2. Stödja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen

- a. Bidra med kunskap om sjukdomars och hälsans bestämningsfaktorer, dess fördelning och hur de kan påverkas.
- b. Aktivt delta i det egna lokalsamhällets, regionens (och nationens) insatser för att påverka grundläggande orsaker till sjukdom och ohälsa.

3. Använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård

- a. Genom en målorientering av verksamheten ge ökade förutsättningar för prioritering, samordning och effektivisering.
- b. Som arbetsgivare främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen.

(Hämtat ur Nationella folkhälsokommitténs underlagsrapport nr 15. En hälsoinriktad hälso- och sjukvård.)

7 Hur det hälsofrämjande kan få genomslag i en sjukvårdsorganisation med olika vårdgivare

7.1 Man kan inte veta allt

Mina vuxna döttrar tjarar ständigt på mig om att jag måste se upp med deras 12-åriga lillebror.

”Du säger väl åt honom allt han inte får göra?”

”Ja, jag har sagt att han inte får göra farliga saker, inte vara elak, inte stjäla, inte röka och inte supa och inte gå in på porrsajter.”

”Det räcker inte mamma! Du måste säga allt han inte får göra, för han kanske inte fattar att det han håller på med är farligt.”

”Hur skulle det gå till? Jag har inte fantasi nog att komma på allt som en 12-åring kan hitta på som är fel eller farligt. Jag måste nog lita på hans omdöme.”

Ungefär så är det med det förebyggande folkhälsoarbetet inom hälso- och sjukvården också. Vissa saker kan huvudmannen veta, man kan t.ex. beställa förebyggande insatser i form av samtal kring tobak eller erbjuda rökavvänjning. Men hur ska man kunna beställa något man inte vet något om? Enkelt uttryckt: om det i det praktiska hälso- och sjukvårdsarbetet upptäcks hälsorisker eller riskbeteenden som borde uppmärksammas – trots att beställaren inte visste om det – finns det då incitament att göra något åt det? Eller gör man bara det man fått konkreta beställningar på?

Beställaren är ungefär som jag är som mamma. Jag kan ha generella synpunkter på hur man ska bete sig och jag kan vara uppmärksam på vissa riskbeteenden, men jag kan inte veta allt som händer som är farligt. Jag måste i det här fallet lita på min son, men när jag upptäcker en ny risk prata om den.

Översatt till sjukvårdsorganisationen skulle det alltså gå mycket kunskap förlorad och många initiativ skulle aldrig tas om sådant som kan påverka hälsan, om systemen är så utformade att vårdgivaren bara får ersättning för insatser som är konkret beställda. Ersättningssystemen måste uppmuntra vårdgivaren att se till helheten och till att ta initiativ i hälsofrämjande syfte.

7.2 Vem efterfrågar förebyggande?

När man blir sjuk så efterfrågar man vård. Om man inte får den vård man anser att man borde ha rätt till, så uppmärksammas detta ofta. Patienter och anhöriga hör av sig. Massmedia och de politiska partierna är någorlunda uppdaterade över värdköer och otillfredsställda vårdbehov. När det gäller förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården ser efterfrågan inte alls ut på samma sätt. "Hälsan tiger still" är ett bra uttryck för att förstå mekanismerna bakom det bristande engagemanget för förebyggande insatser. Så länge man som individ känner sig frisk är man inte så benägen att efterfråga förebyggande åtgärder. Och samhällsansvariga är fullt upptagna av att tillfredsställa den uppenbara efterfrågan på mer vårdinsatser.

Ändå skulle samhället som helhet gagnas av förebyggande insatser, eftersom viss ohälsa aldrig skulle behöva uppstå om man kunde arbeta långsiktigt med det hälsofrämjande arbetet. Enskilda vårdgivare har dock inget sådant intresse. De är inriktade på att ge vård när ohälsa uppstått och det är för detta de får ersättning. Att arbeta långsiktigt med hälsofrämjande insatser är svårt att göra "lönsamt" för enskilda aktörer, om ersättningssystemen inte är utformade så att det blir ekonomiskt intressant.

Vinsterna av förebyggande arbete tillfaller sällan den som gör en insats. All utveckling drivs dock inte fram av ekonomiska egenintressen. Ett starkt demokratiskt samhälle kan göra investeringar för framtiden, utan att det i det kortsiktiga perspektivet är ekonomiskt lönsamt. Ur ett samhällsekonomiskt eller allmänt humanistiskt perspektiv kan alltså hälsofrämjande insatser anses viktiga att "investera" i. När sjukskrivningstalen stiger blir det dock intressant även ur ett företagsperspektiv att främja hälsan.

Några landsting har börjat arbeta med att hitta ersättningssystem för hälsovinster istället för ersättning efter prestation. Det är dock inte helt lätt att hitta ett bra system. Hälsovinsten hos en enskild individ kanske inte kommer under mätperioden. Det kan också vara svårt att urskilja vad som är orsaken; var det sjukvårdens insatser eller var det något annat?

Sammantaget kan man säga att ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och även ur företagssynpunkt borde det finnas en stark efterfrågan på förebyggande insatser. Om man begränsar det till den del som hälso- och sjukvården kan utföra, så är de kortsiktiga ekonomiska incitamenten för att göra förebyggande insatser ändå inte tillräckligt starka. Efterfrågan på vård och långa värdköer gör

att arbetet med förebyggande insatser blir mycket begränsat. Den akuta efterfrågan gör att man hela tiden kan blunda för att göra det man borde göra. Därmed bidrar inte sjukvården till att minska behovet av vård i framtiden.

7.3 Läkaretiken måste vidgas

I läkarrollen finns en stark drivkraft att försöka bota och lindra besvär. Den traditionella rollen handlar om att behandla den sjuka patienten. Det finns en stark läkaretik, den påbjuder att man måste ingripa om något akut händer – oavsett om man är i tjänst eller inte. I den meningen kan man säga att diskussionen om privatägda vårdgivare eller offentligt ägda inte är så viktig. Läkaretiken är så pass stark att man behandlar den sjuka personen på bästa möjliga sätt. I Sverige har också den offentligt finansierade sjukvården förstärkt det synsättet; den som är akut sjuk ska ha vård, oavsett betalningsförmåga.

Det föreligger dock en stor skillnad i synsätt om man jämför behovet av akuta insatser jämfört med behovet av förebyggande. Där finns varken läkartraditioner eller något uttalat etiskt förhållningsätt. Läkarna har traditionellt ett strikt medicinskt synsätt. Men även om läkaren är övertygad om att levnadsvanor eller en speciell livssituation betyder mycket för en patients problem, så finns det inga ryggmärgsreflexer för hur man som god läkare ska agera. Det som rör livsstil ligger långt utanför det läkaren är utbildad för. Det är därför inte konstigt om läkaren känner sig osäker inför att agera på en främmande arena.

När man t.ex. i Västmanland genomförde hälsoundersökningar av vissa åldersgrupper så ingick det i landstingets beställning till familjeläkarna att också genomföra ett hälsosamtal. Det utgick särskild ersättning om dessa hälsosamtal genomfördes. Trots det förekom nästan inga hälsosamtal alls hos vissa läkare, hos andra genomfördes det nästan med varje person som genomgick hälsokontrollen. Det betyder uppenbarligen att det inte bara handlar om ersättningssystem, utan också om att läkaren ska känna sig van och förtrogen med uppgiften. I det här sammanhanget är det intressant att jämföra med tandläkarna, som införlivat det förebyggande synsättet i sitt normala arbete.

Men även om läkarna är okunniga om hur man *gör*, dvs. hur man "behandlar" på ett sätt som inte handlar om traditionell medicinsk

behandling – så är det synnerligen angeläget att läkarkåren börjar intressera sig för ett mer förebyggande synsätt. När man t.ex. i Västmanland genomförde familje/husläkarsystemet, så minskade det förebyggande arbetet på vissa håll, bl.a. därför att samarbetet med andra yrkeskategorier försvagades.

Det finns alltför många exempel på hur förebyggande insatser inom vården t.o.m. direkt motarbetas. Ett exempel från ett landsting visar att trots att motion idag är evidence based medicin, så förlöjligades den personal på en vårdcentral som startade promenadgrupper för diabetiker.

7.4 Tydliga mål, beställningar och kvalitetsuppföljningar

Mål

Det pågår en ständig diskussion om prioriteringar inom sjukvården, en diskussion som dock inte alltid följs i praktiken. När det gäller det förebyggande arbetet är det alltför sällan det blir politiska diskussioner hos sjukvårdshuvudmännen. Ändå sker det politiska val av vem som ska leva och vem som ska dö. Om de demokratiska instanserna bestämmer sig för att verka självmordsförebyggande, så kan självmordstalen minska. Om samhällsorganen starkt prioriterar trafiksäkerhet, så kan färre människor dö i trafiken. Om olika samhällsinstanser inte samverkar för att motverka att befolkningen blir alltmer överviktig och rör sig fysiskt för lite, så kommer fler att bli sjuka eller dö i t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes.

Sällan ställs dessa behov av förebyggande insatser mot varandra. Ofta är det också olika huvudmän som har ansvar och man ”ser” inte vad som blir bortprioriterat, trots att det ändå är det demokratiska samhället och dess skattebetalare som egentligen är ansvariga för de prioriteringar som görs.

Landstingen som sjukvårdsansvariga borde göra hälsoplaner för sitt område i samarbete med andra huvudmän och civilsamhällets aktörer. Det är viktigt att se på befolkningens hälsa i det egna landstingsområdet och dessutom bryta ned siffrorna på mer lokala nivåer. Man måste se hur hälsan och ohälsan och dess fördelning ser ut, men också på frisk- och riskfaktorer i de olika områdena. Därefter måste man ta politisk ställning i landstingsfullmäktige- och på motsvarande sätt i varje kommunfullmäktige- till vad som är

viktigast att göra för att främja hälsan i det egna området. I vissa landsting sker detta redan.

Om man gör tydliga hälsoplaner, så kan man också göra samhällsinsatser kring det som är viktigast i det enskilda området eller för en särskild målgrupp. Idag byggs ofta det förebyggande arbetet upp av lokala eldsjälar, utan dem skulle ibland inte mycket alls bli gjort. Samtidigt kan man inte överlåta åt eldsjälarna att driva de frågor de känner starkast för, folkhälsoarbetet måste förankras och beslutas politiskt och prioriteringar måste baseras på ett gediget samhällsmedicinskt underlag.

Beställningar

Oavsett hur de olika landstingen valt att organisera sitt arbete med beställar- och utförarsystem eller med ett mer traditionellt system, så krävs politiska beslut om vad som ska utföras i förebyggande syfte. Det som är enklast att göra – men ändå i alltför liten utsträckning beställs – är konkreta insatser som t.ex. att starta rökavvänjningsgrupper, ha föräldrautbildning i egenvård inom barnhälsovården, ha utbildning i självmordsprevention för vissa personalgrupper, erbjuda aktiviteter för viktminskning etc. Den typen av åtgärder kan politiskt beslutas, både i vilken omfattning de ska finnas och hur prestationsersättning för utförda aktiviteter ska utgå. I ett system med många privata vårdgivare är det än viktigare att de politiska instanserna vet hur behoven av förebyggande insatser ser ut.

Något svårare är det att hitta en bra ersättningsform om man t.ex. inte ålägger utföraren att arrangera ett visst antal viktminskningsgrupper utan istället ger ett allmänt uppdrag att arbeta mot övervikt. Ett sådant uppdrag kräver att utföraren redovisar hur man tänkt arbeta och att kvalitetsuppföljningen blir noggrann. Den stora utmaningen ligger i att vara tydlig i vilka mål i form av hälsovinst som ska uppfyllas och hitta ersättningssystem som stimulerar ett kreativt tänkande. Ersättningssystemet får inte motverka att utföraren är kreativ och kan hitta metoder som är billigare. I längden kommer den offentliga sjukvårdshuvudmannen att kunna dra nytta av att nya metoder kommer fram i konkurrens mellan olika utförare, offentliga såväl som privata. Det krävs en kombination av ersättningar som bygger på befolkningsansvar och hur befolkning-

ens sammansättning ser ut, på prestationsersättningar för speciella åtgärder i förebyggande syfte och på uppnådd hälsovinst.

Att få vårdgivaren att utföra konkreta beställningar som det utgår prestationsersättning för är inte så komplicerat. Däremot kan – som är poängen med inledningen i det här avsnittet ”Man kan inte veta allt” – sjukvårdshuvudmannen omöjligt beställa allt i förväg och därmed inte alltid ha färdiga lösningar för vilken ersättning som är lämplig. Ett bra förebyggande arbete ska dessutom vara integrerat i hela bemötandet av patienten på alla vårdnivåer. Däremot kan vissa aktiviteter, t.ex. rökavvänjning, utföras av andra aktörer och som prestationsersättning utges för. Men hela motivationsarbetet måste genomsyra alla kontakter med patienten och då kan inte ”extra” ersättning utgå för det.

Om en vårdgivare ska känna ett befolkningsansvar och se att det ”lönar sig” med förebyggande arbete t.o.m. i den egna budgeten, så måste avtalsperioden vara mycket lång. Om förebyggande arbete ska löna sig ur ekonomisk aspekt för en privat vårdgivare, utan ett prestationsbaserat system, så förutsätts alltså ett befolkningsansvar för merparten av vårdkedjan under mycket lång tid. Då kan det löna sig att satsa på insatser som först efter ett antal år visar sig i bättre hälsa. Men det är omöjligt ur demokratisk synpunkt att lägga ut ett så stort befolkningsansvar under många år på privata aktörer, vården är en offentlig angelägenhet och det ska finnas möjlighet att förändra efter befolkningens önskemål.

För att sjukvårdshuvudmännen ur förebyggande aspekt även i fortsättningen ska kunna teckna avtal med privata vårdgivare, förutsätts därmed en kombination av befolkningsansvar och konkreta beställningar som det utgår prestationsersättning för och mycket tydliga kvalitetsuppföljningar.

Men det handlar inte bara om ersättningssystem. Det förutsätter återigen en vilja hos de medicinskt ansvariga att förstå betydelsen av förebyggande insatser. Samtidigt kan en tuff beställare i ett system med många vårdgivare dra in beställningarna om utföraren inte verkställer tydliga intentioner i uppdraget. Men bara inom Stockholms läns landsting finns omkring 2 500 olika vårdgivare, därav är omkring 1 700–1 800 privata läkare och sjukgymnaster som har gamla avtal där man inte ställt särskilt preciserade krav. Det är ett gammalt ”arv” som inte uppfyller dagens krav som måste finnas i ett beställarsystem. Inom vissa delar av Sverige har man svårt att besätta de läkartjänster som finns och någon kö av intresserade privata aktörer finns inte. På dessa orter borde sjukvårds-

huvudmännen bättre än idag stimulera till att de offentliga vårdgivarna utför mer förebyggande insatser.

Kvalitetsgranskning

I ett system där vården får fler uppdrag av förebyggande karaktär, både i form av tydliga, konkreta insatser och mer av att allmänt främja hälsa och förebygga sjukdom, blir uppföljningssystemen allt viktigare.

I ett tydligt beställarsystem måste sjukvårdshuvudmannen först få en redogörelse för hur de som deltar i en upphandling tänkt genomföra uppdragen. Men det är lika viktigt att man kan granska vad som sedan skett, just när det gäller förebyggande insatser är denna granskning extra viktig. Om insatserna uteblivit är det inte troligt att det står någon kö av uppretade patienter som kräver sin rätt, det skulle det däremot finnas om vårdinsatser inte utfördes.

I ett mer traditionellt hälso- och sjukvårdssystem behövs också en tydlig kvalitetsgranskning av det arbete som utförts. Den kvalitetsgranskning som finns är idag i allt väsentligt fokuserat på processen och inte på hälsovinsten. Man mäter antalet besök och ekonomiskt utfall. Man frågar patienten om graden av service, om personalen var trevlig etc. Till kvalitetsmått måste kopplas såväl professionella mått som hur patienten upplever sin hälsa- alltså om patienten blev friskare.

Eftersom, återigen, det sällan blir några anmälningar till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd eller braskande rubriker i kvällstidningarna för uteblivna främjande insatser, så är det synnerligen angeläget att sjukvårdshuvudmännen utvecklar ett bra kvalitetsuppföljningssystem. För att stimulera de olika vårdgivarna till en egen metodutveckling, så är det viktigt att kvalitetsuppföljningen blir en integrerad del av den egna verksamheten. Det förekommer sådant arbete inom vissa landsting. Det är också möjligt att viss kunskap kan dras av det kvalitetsarbete som bedrivits under senare år vid universitet och högskolor.

Högskoleverket har angivit att granskningen och bedömningen av kvalitetsarbetet ska göras i två steg. Först ska lärosätet göra en självvärdering. Därefter bedömer en extern grupp hur lärosätets självvärdering stämmer med gruppens iakttagelser och kan därutöver fästa uppmärksamheten på sådant som lärosätet haft svårt att observera.

Man påtalar särskilt att lärosätets självvärdering inte bara handlar om materialinsamling som bedöms av utomstående, utan att det är minst lika viktigt att kvalitetsarbetet görs i eget intresse för framtiden. Det är viktigt att redovisningen belyser både positiva och negativa aspekter, det är enda förutsättningen för att man ska kunna bli bättre i framtiden. Självvärderingens grundläggande uppgift är att främja lärosätets egen utveckling och att dess mest väsentliga målgrupp följaktligen är de egna medarbetarna och studenterna. Erfarenheter från högskolevärlden bör också hälso- och sjukvården kunna utnyttja när det gäller att bedöma och utveckla sitt främjande och förebyggande arbete.

8 Min sammanfattande bedömning

Utgångspunkten för min analys har varit hur hälso- och sjukvården kan göra mer förebyggande insatser, oavsett vem som utför arbetet. Och jag har också ställt mig frågan: finns det några speciella aspekter att fundera över om vårdgivaren drivs av ett privat vinstintresse?

Hälso- och sjukvårdens möjligheter att främja hälsa har ökat

Hälso- och sjukvården måste bli bättre på att främja hälsa och förebygga sjukdom. De påverkbara faktorerna till de stora folksjukdomarna vet vi idag ganska mycket om. Tidigare har hälso- och sjukvårdens påverkan på folkhälsan inte varit så stor i jämförelse med andra samhällsfaktorer. Men i takt med att sjukdomspanoramat förändrats och de materiella och miljömässiga förhållandena förbättrats, så har hälso- och sjukvårdens möjligheter att främja hälsa blivit större. De levnadsvanor och livsvillkor som individen har möjlighet att påverka själv har ökat. Hälso- och sjukvården har därmed idag en unik möjlighet att stödja individen, eftersom man möter nästan hela befolkningen i enskilda samtal. En förändring av hälso- och sjukvårdens arbetssätt skulle därför kunna minska förekomsten av de stora folksjukdomarna och också bidra till att utjämna de stora sociala skillnader i hälsa och ohälsa som föreligger.

Främjande insatser kräver långsiktigt befolkningsansvar

Om man ser historiskt på folkhälsans utveckling och de åtgärder som vidtagits inom hälso- och sjukvårdens område, så är de exempel som finns tydliga. De har förutsatt ett befolkningsansvar, ett helhetsperspektiv, en långsiktig investering som inte byggt på kortsiktigt lönsamhets- eller budgettänkande. De satsningar som gjorts under sådana premisser har också gett mycket goda resultat (tandvård, barnolycksfall, självmord, HIV).

Behovet av en vårdinsats är däremot ofta uppenbart och kan därmed lättare utföras av olika vårdgivare. Det är helt enkelt lättare att beställa en vårdinsats av en privat vårdgivare och ge ersättning för det, än det är att få privata aktörer att långsiktigt ta ansvar för förebyggande insatser som kanske inte alls ger den som utför insatsen någon "vinst". Ju mer insatserna görs efter akut efterfrågan, desto färre kommer de förebyggande insatserna att bli. Det betyder också att ju mer privata intressen som finns, desto mer tenderar insatserna att göras kring det som det finns mest aktiv efterfrågan på och som ger omedelbar ekonomisk utdelning/ersättning. Att hävda det förebyggande arbetet inom en vårdsektor med alltför privata aktörer kommer därför att bli svårt, även om det inte är omöjligt.

Sjukvårdshuvudmannen måste kunna beställa

Samhällsintresset kräver en stark samordning av hela vårdkedjan. Om sjukvårdshuvudmännen ska kunna värna förebyggande insatser krävs helt enkelt mer kunskap, planering, bättre upphandling och kvalitetsgranskning och andra former av ersättningsystem än som finns idag. Än viktigare blir detta i ett system med många olika vårdgivare. En viktig förutsättning för att dessa underlag ska vara tillräckligt omfattande är att den samhällsmedicinska verksamheten är utbyggd. Samhällsmedicinska enheter finns idag med mycket skiftande kvalitet inom landstingen. Det samhällsmedicinska arbetet behöver förstärkas. Landstingsvärlden måste arbeta betydligt mer metodiskt än hittills med att utveckla beställar- och kvalitetsgranskningskompetens.

Utveckla läkaretiken till att omfattade förebyggande insatser

Vården bygger traditionellt på en stark vårdetik. Det man är ensam om att kunna utföra, det känner man starkt ansvar för. Men när det gäller förebyggande insatser så finns det nästan alltid också andra aktörer som har olika former av ansvar. Det är då lättare för sjukvården att säga att det inte är deras bord, även om just sjukvården har en unik möjlighet i sitt möte med individen.

Det ska vara lika viktigt att försöka förhindra att sjukdom bryter ut som att behandla när det uppstått. Andra yrkeskategorier inom vården, som t.ex. distriktssköterskor, har traditionellt arbetat mer med förebyggande arbete. Det är därför viktigt att olika yrkeskategorier samarbetar och att vårdgivaren har ett större ansvar än att bara ge traditionell vård. I ett system med alltfler privata vårdgivare, kan intresset för att göra något utöver sjukvårdens "kärnverksamhet" minska, eftersom de varken har ett allmänt samhällsansvar och det inte heller ingår i den traditionella vårdetiken. En viktig förutsättning för att det alls ska vara möjligt att vården utförs av alltfler privata vårdgivare är därför att läkaretiken också inrymmer ett förebyggande perspektiv.

Slutsats

Min slutsats är därför: Så länge den offentliga beställaren inte lärt sig att göra folkhälsoplaner, ställa krav om förebyggande insatser vid upphandling och kvalitetsgranska – och så länge läkaretiken inte påbjuder intresse för förebyggande insatser, så bör man vara ytterst försiktig med ytterligare privata aktörer i sjukvården. Man bör helt enkelt skynda långsamt, så att man kan se konsekvenserna ur ett helhetsperspektiv innan man går vidare.

Alternativa driftformer i den slutna sjukvården – utvecklingen 1993–2000

av Gun-Britt Trydegård

I flera sammanhang har 1990-talet betecknats som ett marknadens decennium på välfärdstjänsternas område. Vård, skola och omsorg har fått ökade inslag av privata produktionsformer och arbetets organisering har präglats av en förskjutning mot mer marknadsinfluerade modeller (Svedberg Nilsson 2000). Nya aktörer har trätt fram i form av personal- eller brukarkooperativ och ideella organisationer men också privata firmor och aktiebolag (SOU 2000:3). Inom landsting och kommuner skedde stora förändringar. Man började separera politik och produktion i s.k. beställar–utförar-modeller, skapade resultatenheter med ökat ekonomiskt ansvar och interna marknader, som stimulerade konkurrens mellan enheter. Flertalet landsting frångick den traditionella anslagsstyrningen till förmån för mer marknadsorienterad prestationsstyrning (Antman 1994; Montin 1997; Gustafsson 2000). "Marknadisering" av offentliga verksamheter är en internationell företeelse, där Sverige har varit mer offensiv än de nordiska grannländerna, men mer återhållsam än många andra länder i Europa, exempelvis Storbritannien (Montin 1997).

I forskarantologin "Välfärdstjänster i omvandling" från *Kommittén Välfärdsbokslut* (SOU 2001:52) gjordes en kartläggning av alternativa driftformer och privatisering av samhällets välfärdstjänster under 1990-talet¹. Där undersöktes driftformerna inom barnomsorg och skola, hälso- och sjukvård inkl. tandvård, äldre- och handikappomsorg samt övrig socialtjänst. Studien visade att andelen verksamma (anställda och egenföretagare) i alternativ drift hade mer än fördubblats mellan 1993 och 2000 inom välfärdstjänsterna totalt. Vid den senare tidpunkten var närmare 13 procent anställda av icke offentlig arbetsgivare, och av dessa återfanns ungefär två tredjedelar i vinstsyftande ("for profit") och en tredjedel i icke

¹ Delar av bakgrundsteckningen och datamaterialet i föreliggande studie har hämtats från Trydegård (2001) i denna antologi.

vinstsyftande ("nonprofit") företag. Det var de privatägda aktiebolagen som dominerade bland företagsformerna. Den största ökningen hade skett inom äldre- och handikappomsorgen, där hade andelen verksamma i alternativ drift ökat med 400 procent. Tandvård och paramedicinsk vård (sjukgymnastik, laboratorier, naprapatmottagningar, fotvårdskliniker etc.) var det område som hade högst andel verksamma i alternativ drift (64 procent år 2000), medan motsvarande andel inom den öppna och slutna hälso- och sjukvården (läkarmottagningar, polikliniker, sjukhus, sjukhem) hade ökat från 5 till 12 procent och alltså mer än fördubblats mellan 1993 och 2000.

Andelen verksamma i alternativ drift i välfärdstjänsterna visade sig variera påtagligt mellan olika kommuner/landsting och kommuntyper. Privat drift var vanligast förekommande i storstadsområdena och i kommuner med hög andel moderatröster i kommunal- och landstingsval. Däremot kunde man inte se att kommuner med hög andel socialdemokratiska röster skulle ha privatiserat välfärdstjänsterna i mindre omfattning.

Med hjälp av material från den ovan nämnda undersökningen görs här för *Utredningen om Vårdens ägarformer – vinst och demokrati (S 2000:08)* en motsvarande kartläggning av olika driftformer inom den slutna sjukvården med utgångspunkt från följande frågeställningar:

- Hur har privatisering och alternativa driftformer utvecklats under 1990-talet inom den slutna sjukvården?
- Hur ser fördelningen mellan vinstsyftande ("for profit") och icke vinstsyftande ("nonprofit") företag ut?
- Vilken juridisk form har företagen inom slutenvården, och vilka former dominerar? Hur vanligt förekommande är offentligt ägda ("avknoppade") bolag?

Material och mått

Som mått på omfattningen av alternativ drift har använts antalet anställda personer i vården efter deras arbetsgivare – offentliga myndigheter eller enskilt ägda företag i olika juridiska former. Med tanke på att den ideologiska diskussionen om välfärdstjänsternas privatisering har varit intensiv, finns det förvånansvärt litet kunskap om hur utvecklingen ser ut i kvantitativa termer: hur stor del av välfärdstjänsterna som faktiskt drivs i alternativ regi, hur vanligt

förekommande kooperativa lösningar och andra ideella företagsformer är, och hur mycket av verksamheterna som drivs i vinstsyfte. Eftersom det inte finns någon officiell statistik som direkt avser välfärdstjänsternas fördelning på olika driftformer, har vi fått söka andra informationsvägar och använda statistik som är framtagen för andra syften.

Det datamaterial som undersökningen bygger på är hämtat från Statistiska Centralbyråns (SCB) Företagsregister och avser här antalet anställda inom den slutna sjukvården, fördelat på kommun, näringsgren och juridisk form för företaget. Som *företag* räknas såväl offentliga myndigheter som enskilt ägda företag och organisationer av olika slag. Med antal *anställda* menas det faktiska antalet personer som har sin huvudsakliga anställning i företaget, vilket innebär att personal från s.k. bemanningsföretag inte ingår i statistiken. Uppgift om antalet anställda grundar sig på de kontrolluppgifter som företaget lämnat men också på uppgifter som infordrats via enkäter (SCB 2001).

SCB använder sig av Svensk standard för näringsgrensindelning, SNI, och vi har varit hänvisade till att följa denna indelning av välfärdstjänsterna. Antalet anställda är summerat från arbetsställen med respektive SNI-kod i varje kommun. När det gäller näringsgrenen "Hälso- och sjukvård" måste det påpekas, att till underavdelningen "Sluten sjukvård" räknas alla typer av sjukhus men också sjukhemmen, trots att dessa sedan Ädel-reformen 1992 formellt är att betrakta som en boendeform i den primärkommunala äldreomsorgen.

Eftersom näringsgrensindelningen har ändrats, finns jämförbara data enbart för åren 1993–2000. Av andra studier har framgått, att omfattningen av de alternativa driftformerna var relativt blygsam före 1993, och att utvecklingen på flera av välfärdsområdena tog fart först en bit in på 1990-talet, sedan lagstiftning och ändrade statsbidragsregler underlättat sådana reformer (Fridolf 1993; Loord-Gynne & Mann 1995; Montin 1997; Socialstyrelsen 2000; Svensson och Edebalk 2001).

Termer och begrepp

Privatisering

I strikt mening innebär privatisering när offentliga myndigheter – stat, landsting eller kommuner – överläter såväl finansiering som drift och kontroll av en verksamhet till någon utomstående. Privatisering i denna strikta bemärkelse är på det kommunala området egentligen bara möjlig för verksamheter inom den fakultativa, frivilliga sektorn, och inte för verksamheter som kommunen/landstinget har ett lagstadgat eller förväntat ansvar för, som skola, äldreomsorg, hälso- och sjukvård (Loord-Gynne & Mann 1995; Blom & Hallgren 1999). Det förekommer också vidare tolkningar av begreppet. De under 1990-talet höjda brukaravgifterna, främst för barnomsorg och äldreomsorg men också för tandvård och läkemedel, har även betraktats som en stegvis privatisering av välfärdstjänsternas finansiering (SOU 2000:3). I denna studie har begreppet privatisering använts för att beteckna att *utförandet* (eller produktionen) av tjänster, som tidigare utförts av den offentliga sektorn, har lämnats över till den privata sektorn – till en firma, ett bolag, ett kooperativ eller en ideell organisation – men med bibehållen offentlig finansiering och kontroll.

Alternativa driftformer

Ett parallellt begrepp är "alternativa driftformer". På det kommunala området innebär detta, att en verksamhet som har drivits eller kan drivas i förvaltningsform i stället drivs av någon annan än kommunen eller landstinget, som regel en privaträttslig organisation, medan kommunen/landstinget fortfarande svarar helt eller delvis för finansiering och kontroll av verksamheten (Blom & Hallgren 1999).

En form för alternativ drift som blivit vanlig under senare år är de offentligt ägda företagen. En kommun eller ett landsting kan föra över – "knoppa av" – en del av verksamheten till ett *kommunalt företag*. Genom bolagsbildningen avgränsas uppgifter, ekonomi, inflytande och kontroll, och verksamhetens intäkter och kostnader separeras från övrig verksamhet. Bolagiseringen kan vara ett led i en medveten utförsäljnings- eller privatiseringsstrategi och ett sätt att få ut marknadsvärde för den kommunala egendomen vid en försäljning till utomstående intressenter. Fastighetsförvaltning,

teknik och kommunikationer har varit de vanligaste kommunala områdena att bolagisera; ett mindre men ökande antal kommunala företag har dock på senare år bildats på välfärdstjänsteområdet, t.ex. inom hälso- och sjukvård, äldreomsorg och barnomsorg/skola (Hallgren, Hilborn & Sandström 1997).

De kommunala driftentreprenaderna har varit i fokus för diskussionen om privatiseringen av välfärdstjänsterna. En entreprenad föreligger när kommunen/landstinget, ofta efter konkurrens- och anbudsförfarande, avtalar med en extern entreprenör att för kommunens/landstingets räkning, varaktigt och självständigt, utföra en eller flera tjänster i en sammanhållen verksamhet (Hallgren, Hilborn & Sandström 1997). Kommunen/landstinget beslutar om verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet och svarar för uppföljning och utvärdering och behåller således sitt ansvar gentemot dem som utnyttjar tjänsterna.

Entreprenadformen dominerar inom kommunernas "mjuka" verksamhetsområden. År 1999 uppgick kommunernas sammantagna entreprenadutnyttjande till drygt 36 miljarder kronor, varav ca 85 procent inom skola, vård och omsorg². På dessa områden har andelen entreprenader ökat under den senaste 5-årsperioden, pedagogisk verksamhet från 7 till 11 procent av driftkostnaderna, och vård/omsorg från 11 till 12 procent; i absoluta tal med sammanlagt drygt 13 miljarder kronor (Svenska Kommunförbundet 2001).

På det primärkommunala området innebär *kommunala kundvals-system*, i form av "check" eller "peng", att kommunen inbjuder privata utförare att på lika villkor konkurrera med verksamhet i kommunens egen regi. Kommunen prövar de privata utförarnas lämplighet utifrån fastställda kriterier och ger dem som bedöms lämpliga "auktorisering". De kommuninvånare som har rätt till en viss tjänst eller omsorgsinsats får välja fritt mellan kommunala och privata utförare. Utförarna får ersättning från kommunen med det belopp som kommunen fastställt (Hallgren, Hilborn & Sandström 1997). Kundvalssystem förekommer sedan början av 1990-talet inom skolan och barnomsorgen i form av skolpeng och barnomsorgspeng. Inom äldre- och handikappomsorgen har man i några kommuner infört checksystem för hemtjänsten, och fler kommuner är på väg att införa någon form av kundvalssystem i äldreomsorgen, bl.a. Stockholm. (Stockholms stad 2001).

² Ca 40 procent av entreprenadvolymer utgörs av köp av tjänster från den offentliga sektorn; exempelvis är andra kommuner stora entreprenörer inom gymnasieskolan (Svenska Kommunförbundet, 2001).

Köp av platser på enskild institution är en alternativ driftform som kan gälla t.ex. en behandlingsplats för missbrukare eller för omhändertagna barn och ungdomar. Platserna köps för en enskild klient genom ett individuellt avtal, eller genom s.k. avrop från ett ramavtal som slutits med en särskild institution (Hallgren, Hilborn & Sandström 1997). Denna form för alternativ drift förekommer också inom äldreomsorgen – ca 40 procent av landets kommuner köper platser i särskilda boenden, som drivs t.ex. av stiftelser eller organisationer (Socialstyrelsen 2000).

Alternativa driftformer förekommer också i ökande grad i form av *köp av stödfunktioner* till den egentliga verksamheten. Det kan gälla städning, måltidsverksamhet och persontransporter inom t.ex. skola, barnomsorg, äldreomsorg och hälso- och sjukvård.

Företagsformer

Det förekommer en rad olika företagsformer på välfärdstjänsternas område. Det är dels *offentliga organisationer* (statliga enheter, kommuner, landsting och kommunalförbund), dels privaträttsliga organisationer. De senare har i vår undersökning delats in i två kategorier – icke vinstsyftande ("nonprofit") och vinstsyftande ("for profit"). Till de förra räknas *ideella föreningar*, som också kan ha anställd personal för att utföra tjänster på välfärdsarenan. Exempelvis driver Röda Korset sjukhus, Stadsmissionen härbärgen för hemlösa, handikappföreningar dagliga verksamheter för personer med funktionshinder. *Ekonomiska föreningar* är den vanligaste företagsformen vid kooperativa lösningar, t.ex. föräldrakooperativ i förskola och skola liksom brukarkooperativ inom äldre- och handikappomsorgen. En ekonomisk förening bildas för att främja medlemmarnas intressen genom en verksamhet, där medlemmarna deltar t.ex. genom att begagna föreningens tjänster eller med egen arbetsinsats. *Stiftelser* är inte någon form av bolag eller förening, utan bildas genom att egendom enligt ett förordnande avskiljs för att varaktigt förvaltas som en självständig förmögenhet, bunden till ett bestämt ändamål. Inom vård- och omsorgsområdet förekommer t.ex. stiftelseägda sjukhem och äldreboenden (Hallgren, Hilborn & Sandström 1997; Lundström & Wijkström 1997; Socialstyrelsen 2000).

Till de vinstsyftande företagen räknas här enskild firma, handelsbolag/kommanditbolag och privat ägda aktiebolag. Den *enskilda*

firman skiljer sig från de andra företagsformerna genom att den inte är en juridisk person, utan det är en fysisk person som driver en viss näringsverksamhet, och firmans ägare svarar själv obegränsat för avtal som ingåtts med företaget.

Åtskilliga entreprenörer inom välfärdstjänsterna bedriver sin verksamhet i handelsbolagsform. Ett *handelsbolag*, som är en juridisk person, bildas när två eller flera personer avtalar om att gemensamt utöva näringsverksamhet i bolag, och detta har blivit infört i handelsregistret. Formen lämpar sig mindre väl för en större delägarkrets eller för en omfattande verksamhet. Ett *kommanditbolag* är en form av handelsbolag men skiljer sig något när det gäller ägaransvaret. I handelsbolag är delägarna solidariskt ansvariga för bolagets eventuella skulder, medan s.k. kommanditdelägare endast svarar för belopp som de utfäst sig att sätta in i bolaget. Kommanditbolag är numera en sällsynt företagsform (Loord-Gynne & Mann 1995).

Aktiebolaget är den vanligaste företagsformen i vårt land och den viktigaste privaträttsliga organisationsformen i näringslivet, antalsmässigt och ekonomiskt. Den som äger aktier i ett företag är delägare i bolaget och har rösträtt i förhållande till sitt aktieinnehav. Varje aktie berättigar till andel i bolagets vinst (utdelning på aktierna). Stora bolag har som regel tusentals delägare men kan domineras av några få röststarka ägare, t.ex. institutioner som banker och försäkringsbolag. Små aktiebolag är ofta familjeägda med några få eller en enskild ägare, s.k. fåmansföretag och familjeföretag (Bonniers stora lexikon). Aktiebolagsformen har utvecklats för att bedriva affärsmässig verksamhet och utgår från att ägaren generellt sett syftar till maximal utdelning på sitt kapital. Till de fördelar som angetts med aktiebolagsformen i kommunala sammanhang hör att den ger ett väl beprövat, välkänt och smidigt regelverk – jämfört med t.ex. stiftelser – medan som nackdelar har angivits bristande insyn och begränsade kontrollmöjligheter jämfört med offentligt drivna verksamheter (Hallgren, Hilborn & Sandström 1997).

En mellanställning intar de *offentligt ägda aktiebolagen*, s.k. "avknoppade" enheter exempelvis inom sjukvården, som har bolagiserats men fortfarande ägs av det offentliga, kommunen/landstinget (se ovan, s. 304).

Den rättsliga grunden för alternativ drift av välfärdstjänster

Grundlagsstöd för myndigheters rätt att anlita externa utförare av tjänster finns i Regeringsformen (KK 1974:152). Vidare stadgar Kommunallagen (SFS 1991:900) att en kommun får lämna över värderna av en kommunal angelägenhet till ett aktiebolag, ett handelsbolag, en ekonomisk förening, en stiftelse eller en enskild individ. Särskilt lagstöd för alternativ drift inom de olika välfärdstjänsteområdena finns sedan i speciallagstiftningen, t.ex. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och Socialtjänstlagen (SFS 1980:620). Exempelvis stadgas i socialtjänstlagens 4 § att kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Ett undantag är uppgifter som innebär myndighetsutövning³, som inte får överlämnas till ett bolag, en förening, en stiftelse eller en enskild individ. Det innebär exempelvis att beslut enligt Socialtjänstlagen om bistånd i form av hemhjälp, beslut om omhändertagande av barn och ungdom eller tvångsvård för vuxna missbrukare inte får lämnas till en entreprenör, medan utförandet av själva tjänsten kan överlämnas till en sådan (Hallgren, Hilborn & Sandström 1997). Frågan om också utredningar inom socialtjänsten, t.ex. en barnavårdsutredning, kan läggas ut på entreprenad har aktualiserats bl.a. i Stockholm. Justitieombudsmannen (JO) har tagit upp principfrågan under våren 2001. Eftersom lagen säger att myndighetsutövning inte kan lämnas över till någon annan, hävdar JO att inte heller de utredningar som föregår besluten kan hanteras på detta sätt. JO menar att det inte går att skilja på beredningen av och beslutet i ett ärende (Kommunaktuellt 2001-04-05).

Utvecklingen av alternativa driftformer inom den slutna sjukvården

Den svenska sjukvårdens marknadsorientering tog sin början 1990, efter att tidigare genomgående ha varit av offentlig karaktär. Förändringen har skett stegvis och decentraliserat, den har "inte styrts av någon central generalplan" (Blomqvist och Rothstein 2001:193). Under 1980-talets senare år hade s.k. interna marknader stimulerats och skilda beställar- och utförarfunktioner tillskapats, och efter den borgerliga valsegern 1991 intensifierades reformerna med bl.a.

³ dvs. att bestämma om förmån, rättighet eller skyldighet för den enskilde

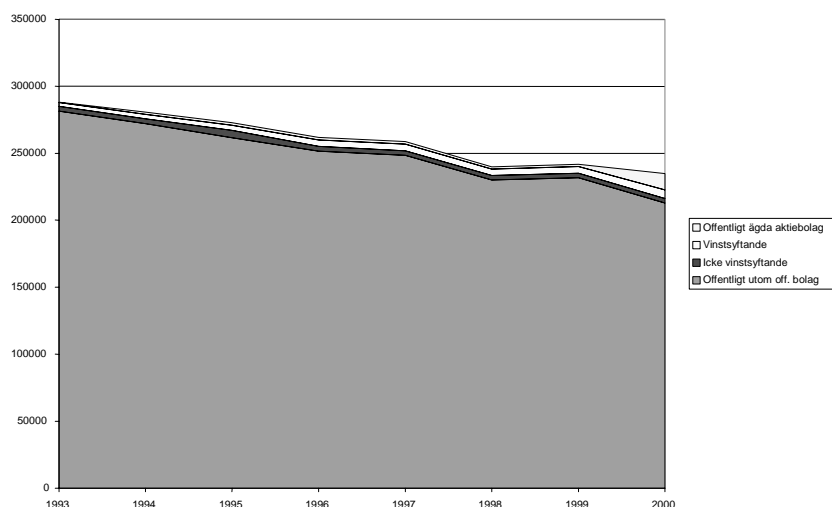
konkurrens mellan offentliga och privata vårdgivare och ökad valfrihet för patienterna som framträdande inslag. 1992 och 1993 ändrades lagstiftningen så att det blev möjligt för landstingen att kontraktera ut verksamheter till privat entreprenad. 1993 genomfördes också husläkarreformen, och 1994 infördes fri etableringsrätt för privatpraktiserande läkare, reformer som inskränktes respektive upphävdes av den socialdemokratiska regeringen efter maktskiftet 1994 (Blomqvist och Rothstein 2001).

Efter 1995 har dock marknadsstyrningen av sjukvården inte övergetts, men det finns stora regionala skillnader i synen på privata vårdgivare. I många landsting har entusiasmen svalnat medan i andra har privat entreprenad stimulerats aktivt, särskilt i de borgerligt styrda landstingen (Blomqvist och Rothstein 2001). För första gången såldes år 2000 ett akutsjukhus, S:t Görans sjukhus i Stockholm, till ett vinstsyftande företag, och planer finns på att sälja ut även andra storsjukhus inom Stockholmslandstinget. En intensiv politisk debatt har följt, och regeringen har tillfälligt stoppat försäljningen av akutsjukhus genom lag (SFS 2000:1440) och också tillsatt en offentlig utredning om vårdens ägarformer (Socialdepartementet, 2000).

Omfattningen av alternativ drift 1993–2000

I det följande skall redovisas hur de alternativa driftformerna har utvecklats inom den slutna sjukvården i Sverige under 1990-talet, som det speglas i antalet anställda i olika former av enskilda företag respektive i offentliga verksamheter. Som tidigare framgått, har förändringarna i näringsgrensindelningen inneburit att vi börjar redovisningen med år 1993.

Figur 1. Antalet anställda inom den slutna sjukvården i olika driftformer, 1993–2000

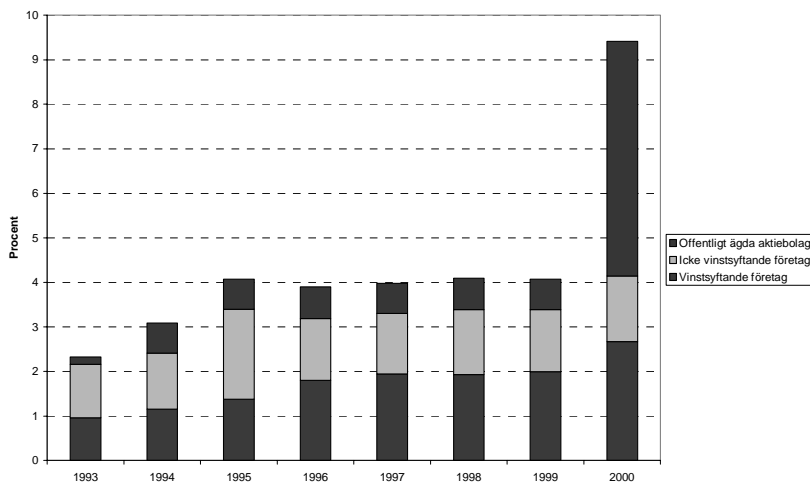


Som framgår av Figur 1 har antalet anställda inom den slutna sjukvården (sjukhus och sjukhem) minskat kraftigt mellan 1993 och 2000, från 288 275 till 235 010 personer, en minskning med 18 procent. Det är fortfarande offentligt anställda som dominerar i slutenvården, men det är de offentligt anställda i "reguljär drift" som har minskat mest, med närmare 70 000 personer. Av dessa återfinns dock ca 12 000 personer – förmodligen – i offentligt ägda aktiebolag, som har ökat mycket starkt, särskilt mellan 1999 och 2000 i samband med att ett antal sjukhus bolagiserats (sjukhusen i Danderyd, Huddinge, Helsingborg och Ängelholm). Antalet anställda i icke vinstsyftande företag är i stort sett likartat under perioden, cirka 3 500 personer, medan anställda i vinstsyftande företag har mer än fördubblats, och är år 2000 cirka 6 300.

En mera detaljerad bild av utvecklingen av de alternativa driftformerna i slutenvården visas i Figur 2. Procentandelen anställda i olika alternativa driftformer har ökat från 2,3 procent till 9,3 – en fyrdubbling på åtta år. De vinstsyftande företagen visar en ökning under hela tidsperioden, men det är den mycket stora ökningen av de offentligt ägda aktiebolagen mellan 1999 och 2000 som höjer ökningstakten. De icke vinstsyftande företagen däremot har en

ganska stabil andel av de anställda över tidsperioden, mellan 1 och 2 procent.

Figur 2. Andel av de anställda inom den slutna sjukvården i alternativa driftformer, 1993–2000. Procent



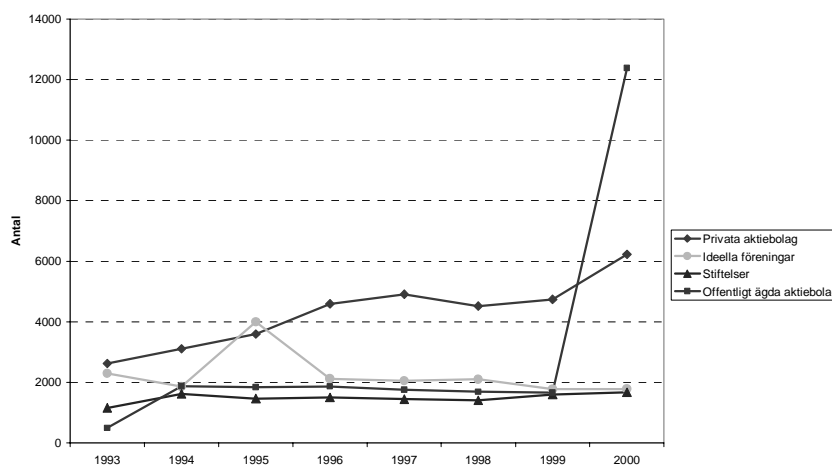
Hur ser då fördelningen ut inom de två kategorierna vinstsyftande (for profit) och icke vinstsyftande (nonprofit) företag – vilka juridiska former är vanligast förekommande inom den slutna sjukvården? Om vi först tittar på de icke vinstsyftande företagen, visar materialet att företagsformen *ekonomisk förening* inte förekommer alls inom sjukvården. Som framgått av bakgrundsbeskrivningen är detta den företagsform som är vanligast vid kooperativa lösningar, t.ex. föräldrakooperativ i barnomsorg och skola, men den passar rimligen mindre väl när det gäller att driva sjukhus. Det är i stället *ideella organisationer* och *stiftelser* av olika slag som är vanligast som arbetsgivare bland de icke vinstsyftande företagen med omkring 2 000 anställda vardera under i stort sett hela den studerade tiden (se Figur 3).⁴

Bland de vinstsyftande företagen är varken enskilda firmor eller handelsbolag något frekvent alternativ – i båda fallen är det mindre än en procent av dem i alternativ drift som är anställda i någon så-

⁴ Den avgränsade uppgången i antalet anställda i ideella organisationer 1995 härrör från en kommun, Halmstad, och kan vara en felregistrering.

dan juridisk företagsform. Här är det i stället de privat ägda aktiebolagen som dominerar och som också ökat mellan 1993 och 2000, från 2 600 till 6 200 anställda. Härtill kommer också det stora antalet anställda i offentligt ägda aktiebolag år 2000 – drygt 12 000 personer – vilket gör aktiebolagen till den vanligaste juridiska formen bland de alternativa driftformerna i den slutna sjukvården.

Figur 3. Antalet anställda i den slutna sjukvården efter juridisk form, 1993–2000



Avslutande kommentar

Hurdan är då utvecklingen av alternativa driftformer i den slutna sjukvården⁵ jämfört med utvecklingen bland välfärdstjänsterna i stort? Vissa drag är gemensamma: den offentliga sektorn är fortfarande ojämförligt störst när det gäller utförandet av tjänster, men det är anställda i alternativ drift som har ökat kraftigt – under perioden 1993–2000 har andelen fyrdubblats inom den slutna sjukvården – och det är aktiebolagsformen som dominerar. Men här finns också en skillnad: inom sjukhusvården är det de offentligt

⁵ Det bör återigen påpekas här, att SCB till SNI-koden "sluten sjukvård" också räknar sjukhem, som formellt är en boendeform i den kommunala äldreomsorgen. Däremot ingår inte andra typer av särskilda boendeformer för äldre, som ålderdomshem, servicehus och gruppboendestäder, även om där också bedrivs hälso- och sjukvård.

ägda aktiebolagen som fått genomslag vid årsskiftet 1999/2000, då fyra större sjukhus bolagiserades. En annan skillnad är att vissa juridiska företagsformer, som är vanliga inom andra välfärdstjänster, förekommer ytterst begränsat eller inte alls i den slutna vården. Det är bland de icke vinstsyftande företagen de ekonomiska föreningarna, som är vanliga inom barnomsorg och skola, men inte förekommer alls i slutenvården. Bland de vinstsyftande företagen är enskilda firmor och handelsbolag också mycket sparsamt förekommande i slutenvården, medan de finns i de flesta andra grenar av välfärdstjänsterna. Ingen av dessa juridiska former torde vara särskilt väl lämpade för så stora uppgifter som att driva sjukhus.

När det gäller välfärdstjänsterna i stort tolkades utvecklingen av den ökande privatiseringen som en relativt genomgripande förändring av den tidigare svenska modellen med i huvudsak offentligt utförda välfärdstjänster, och det kan vara rimligt att göra samma tolkning när det gäller den slutna sjukvården. Vad denna förändring innebär, t.ex. när det gäller vårdkvalitet, arbetsmiljö och vårdkostnader vet vi föga om och det reser angelägna frågor för fortsatta studier.

Referenser

- Antman, P. 1994. "Vägen till systemskiftet", i Gustafsson, R. Å. (red.), *Köp och sälj, var god svälj? Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm: Arbetsmiljöfonden, rapportserien.
- Blom, H. & T. Hallgren, 1999. *Konkurrens för fortsatt välfärd? Om förekomst, omfattning, effekter och erfarenheter av konkurrensutsättning och alternativa driftformer*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet – Kommentus förlag.
- Blomqvist, P. & B. Rothstein, 2001. *Välfärdens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.
- Bonniers stora lexikon, CD-romversion.
- Fridolf, M. 1993. *Alternativa produktionsformer i kommunal verksamhet. Vem utför och på vilka villkor? En rapport utarbetad på uppdrag av Lokaldemokratikommittén*. Stockholm: Civildepartementet, Ds 1993:27.
- Gustafsson, R. Å. 2000. *Välfärdstjänstearbetet. Dragkampen mellan offentligt och privat i ett historie-sociologiskt perspektiv*. Göteborg: Daidalos.
- Hallgren, T., I. Hilborn & L. Sandström, 1997. *Kommunala drift-entreprenader. Konkurrensutsättning inom äldre- och handikappomsorg, skola, fritid och kultur*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet – Kommentus förlag.
- Kommunaktuellt*, 2001-04-05. "JO säger nej till utredningar på entreprenad".
- Loord-Gynne, U. & C-O. Mann, 1995. *Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen*. Stockholm: ESO-rapport; Ds Fi 1995:25.
- Lundström, T. & F. Wijkström, 1997. *The nonprofit sector in Sweden*. John Hopkins Nonprofit Sector Series 11. Manchester: Manchester University Press.
- Montin, S. 1997. "New Public Management på svenska", *Politica* 29:261–278.
- Nilsson, L. 2000. "Välfärd i obalans", i Holmberg, S. & L. Weibull (red.), *Det nya samhället*. SOM-rapport nr 24. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs Universitet.
- Socialdepartementet, 2000. *Medborgarnas inflytande m.m. vid förändringar av ägar- eller driftformer inom vården*. Dir. 2000:103.

- Socialstyrelsen, 2000. *Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen*. Äldreuppdraget 99:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2000:3. *Välfärd vid vägskäl. Utvecklingen under 1990-talet*. Delbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Statistiska Centralbyrån, 2001. *SCB:s Företagsregister 2001*. Örebro: SCB.
- Stockholms stad, 2001. *Valfrihet inom äldreomsorg och omsorgen om funktionshindrade*. Stadsledningskontorets förslag till beslut, tjänsteutlåtande 2001-03-26.
- Svedberg Nilsson, K. 2000. "Marknadens decennium – gränsdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet", i Szebehely, M. (red.), *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. Stockholm: Fritzes.
- Svenska Kommunförbundet, 2001. *Kommunernas marknadsutnyttjande 1995-1999 – en faktasammanställning*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svensson, M. & P.G. Edebalk, 2001. *90-talets anbuds konkurrens i äldreomsorgen – några utvecklingstendenser*. Lund: IHE arbetsrapport 2001:1.
- Trydegård, G. 2001. *Välfärdstjänster till salu. Privatisering och alternativa driftformer under 1990-talet*, i Szebehely, M. (red.), *Välfärdstjänster i omvandling*, SOU 2001:52. Stockholm: Fritzes.

Enkät till landstingen

Omfattning och inriktning av privata entreprenader

Debatten om privatisering inom vården fokuseras i hög grad mot storstadsområden – Stockholms läns landsting, Västra Götaland och Region Skåne.

Men i stort sett samtliga landssting har lagt ut delar av vården till privata vårdgivare.

Dels finns i alla landsting med undantag av Kronoberg och Gotland privatläkare genom försäkringskasseetableringar.

Men de flesta landsting har också genom upphandling vårdavtal med privata vårdgivare.

Tabell: Antalet läkarbesök i primärvården år 1999 i resp. landsting och andelen av besök till privatläkare med vårdavtal resp. försäkringskasseanslutna privatläkare.

Län	Totalt antal läkarbesök i primärvård (1000-tal)	Andel besök hos privatläkare inom allmänmed. med vårdavtal (%)	Andel besök hos privatläkare inom allmänmed. med ersättn. enl. LOL/FOL (%)	Total andel besök hos privatläkare inom allmänmedicin (%)
Stockholm	2 584	20,9	10,5	31,4
Uppsala	338	16,5	2,4	18,9
Södermanland	290	6,1	11,9	18,0
Östergötland	499	8,3	1,1	9,4
Jönköping	447	11,3	1,0	12,3
Kronoberg	225	1,4	0,0	1,4
Kalmar	347	11,0	3,3	14,3
Blekinge	207	4,4	12,7	17,1
Skåne	1 640	23,6	11,3	34,9
Halland	417	17,4	6,6	24,0
Västra Götaland	2 140	9,6	6,9	16,6

Värmland	397	2,0	6,3	8,3
Örebro	335	9,8	11,3	21,1
Västmanland	353	41,3	2,1	43,4
Dalarna	357	3,5	1,3	4,9
Gävleborg	402	7,8	4,6	12,4
Västernorrland	284	0,0	2,1	2,1
Jämtland	182	0,2	3,6	3,7
Västerbotten	322	6,6	2,6	9,2
Norrbottn	374	0,0	9,3	9,3
Gotland	74	1,1	0,0	1,1
<i>Totalt</i>	<i>12 215</i>	<i>13,7</i>	<i>7,1</i>	<i>20,8</i>

Källa: Basårsstatistik 2000 – Verksamhet (Landstingsförbundet)

För att få en fram en tydligare bild av omfattning och verksamhetsområden gjordes i september–oktober 2001 en enkel enkät i samarbete med Beställarnätverket.

Enkäten riktades till personer som har övergripande uppgifter i resp. landsting. 26 enkätsvar lämnades. Från Stockholms läns landsting och region Skåne lämnades svar också från beställaransvariga för sjukvårdsområden.

I enkäten ställde vi också några frågor om hur beställarna uppfattar att olika aspekter i uppföljningen av entreprenader är tillgodosedda. Svaren är personliga bedömningar.

Sammanfattning av resultat:

1. Samtliga landsting utom två – Norrbotten och Gotland – uppger att de år 2001 har en eller flera privata entreprenader inom vården.
2. Bortsett från Kronoberg (och Norrbotten) har alla landsting med entreprenader primärvård på entreprenad.
3. Genom familjeläkarsystemet har Västmanland den klart högsta andelen av primärvård utlagd på entreprenad till privata vårdgivare.
4. Samtliga landsting utom Sörmland, Halland, Västra Götaland och Värmland uppger att nya upphandlingar pågår under hösten 2001 som kan leda till privata vårdgivare kan komma att anlitas.
5. Entreprenaderna omfattar främst primärvård (P), specialistmottagningar (SM), sluten specialistvård (SS), rehabilitering (R) – se bif. sammanställning.

I enkäten bad vi också beställarna att bedöma hur de uppfattade att ett antal frågeställningar var tillgodosedda i landstingens upphandlingsstrategier och i ingångna avtal.

Så här fördelade sig svaren till fem olika frågor.

- Anser du att det finns genomtänkta strategier för att återta verksamheten om entreprenaden måste avbrytas?
12 Ja 4 Tveksamt 8 Nej 2 Ej svar
- Anser du att ni i entreprenaden har tillräcklig insyn för att kunna bedöma medicinskt arbete och vårdkvalitet?
20 Ja 1 Tveksamt 3 Nej 2 Ej svar
- Anser du att ni i entreprenaden har tillräcklig insyn för att följa den ekonomiska utvecklingen?
19 Ja 1 Tveksamt 4 Nej 2 Ej svar
- Finns i entreprenadavtalen ett meddelarskydd för personal?
2 Ja 21 Nej 3 Ej svar
- Bedömer du att entreprenader inneburit mindre öppenhet för att dela med sig av specialistkunskaper, metodutveckling etc?
3 Ja 2 Ja i nytecknade 17 Nej 4 Ej svar

Tabell: Uppgifter som belyser utvecklingen av andelen anställda inom alternativa driftsformer i skilda delar av hälso- och sjukvård och vård och omsorg

	1991		1997		1999	
	<i>Antal pers i alternativa driftsformer</i>	<i>Andel av sysselsatta totalt (%)</i>	<i>Antal pers i alternativa driftsformer</i>	<i>Andel av sysselsatta totalt (%)</i>	<i>Antal pers i alternativa driftsformer</i>	<i>Andel av sysselsatta totalt (%)</i>
<i>Hälso- och sjukvård</i>						
Sluten sjukvård	7 452	2,5	9 913	4,4	9 821	4,5
Läkarmottagningar, vårdcentraler	11 068	11,6	10 153	20,5	11 093	19,4
Laboratorier, blodcentraler, tandhygienister etc	5 570	38,7	8 947	66,1	10 048	69,6
Tandvård	9 754	29,2	9 206	43,1	8 854	43,3
<i>Vård och omsorg</i>						
Vård och service i särskilda boendeformer	1 670	1,9	10 183	9,1	12 517	10,0
Hemtjänst, dagcentraler, handikapptransporter	1 519	1,8	6 808	7,9	9 941	10,8
<i>Summa</i>	<i>37 033</i>	<i>3,6</i>	<i>55 210</i>	<i>6,6</i>	<i>62 274</i>	<i>11,8</i>

Källa: Einvik-Bäckstrand, Kerstin. Myter och fakta om privat bedriven vård och omsorg i Sverige, Privatvården, 2001.

Sammanställning av enkätsvar

Frågor	Har landstinget/ regionen någon del av vården utlagd på privat entreprenad?	Om Ja – ange något/ några exempel	Pågår hösten 2001 ny upphandling?	Om Ja – ange exempel
AB HSN	P, SM, SS, R, Akutsjh, Geriatrisk vård	S:t Görans sjh AB, Närsjh bl.a. med M&M Medical AB (Sabb/Dalen/ Täby/Järva), Nackageriatricken AB	Ja	Lab-medicin, röntgen, klin. fys, geriatrik, PV
AB NV	P, SM, SS, R, Sjukvårdsrådgivn, ambulanssjukv, geriatrisk vård	Ett antal VC, mödravård, barnavård, 2 st näraku- ter, all ambulanssjukv, spec.sjukv. inkl. för- planerade op... (Löwenstr), geriatr. vården vid Löwenstr	Ja	Kallhälls VC, Kungsängens VC
AB NÖ	P, SM, SS, R	16 husläkmott, M&M/ ISSCcare, BB Stockholm, DSAB + Praktikertjänst, Furuhöjden	Ja	Geriatrisk verksh.
AB SÖ	P, SM, Geriatrik	Geriatrik (Na, Ha), PV Älta m.fl., Spec.läkarvård Nacka, Handen	Ja	Närakut
AB S	P, SM, SS, R	Gyn. Spec.vård, Barnläkare, Sjukgymn, husläkmott, mobil PV- jour m.m. (se bil.)	Ja	(--)
C	P, SM, SS	Husläk.mott, spec.läk, grästarrop, öron-, näs- o halsop. som kräver sluten vård	Ja	Husläkare, sjukgymnaster
D	P, SM, R	Vingåkers VC, Ergonomicentrum, Ortopedtjänster	Nej	(--)
E	P, SM	VC, spec.läk.mott. m. viss op-verksamhet	Ja	Kiropraktorer o naprapater

F	P, SM, Uppsök. tandvård, ortopedklin.	Aneby PV, spec.läkarmottagningar, sjukgym, psykoter.	Ja	Intensivrehabilitering
G	Tandvård, Barn o ungdom	(---)	Ja	VC i Ljungby
H	P, Tandvård	Distr.läk, sjukgymn, psykoter., akupunktur, barntandvård, tandvård spec. behov	Ja	Tandvård – uppsök. o nödvändig tandv.
I	Nej	(---)	Börjar snart	Del av PV
K	P, SM	Läk inom allmed. o vissa övr. specialiteter	Ja	Primärvård för ett befolkn.område
M Yd- Österlen	P, SM, SS, R, Med. Akutmott.	Närsjv. på Österlen, Fam.läk.mottn, Rehabenheter	Ja	Fam.läk.mott, Rehab- enhet
M Mö- Lund	P, SM, SS, R	VC, spec.läkarhus (PV), Sjukgymn.	Ja	VC i familjeläk.verksh
N	P, SM, SS	VC, privata länsjv.- specialister, idrottsmott, reumatologi	Nej	(---)
O	P, R	En VC, två avtal om rehab	Nej	(---)
S	P	VC i Filipstad	Nej	(---)
T	P, R	VC, läkarmott	Ja	Larm-mott m ambulansdirigering
U	P	Mer än 15 VC	Ja	Hörapparatpassn, lätttröntgen i Västerås (finns negativa erf... forts.)
W	P	Primärvård i Älvdalen	Ja	Primärvård/VC i Ludvika
X	P, SM, R	Två VC i Gävle, avtal om rehab m Högbo Hälsoinvest AB, vårdavtal m ett antal spec.läk om ÖV	Ja	Gynekologi, naprapati, psykoterapi (allt i ÖV)
Y	P	VC i Söråker	Ja	VC Alnö och Njurunda

Z	P, S, patologverksh	En hälsoc, utr av ort-med.pat, länssth's patologverksh	Ja	Folkvandv i en kommun
AC	P, R	Husläkarmott. i Umeå + Lycksele, Sjukgymn.mott i Umeå	Ja	Fertilitetscentrum i Umeå, VC i Järna
BD	Nej	(--)	Ja	Två VC

Några bedömningar om entreprenader

Frågor	Strategier för att återta verksamhet?	Tillräcklig insyn i medicinskt arbete resp. ekonomi?	Finns meddelarskydd i avtal?	Minskad öppenhet att dela kunskap?	Olika kommentarer
AB HSN	Nej	Ja Ja	Ja	Nej	Privatvården i Sthlms läns LT är omfattande o uppgår till ca 20 % av totala budgeten (ca 28 mdr kr)
AB NV	Ja	Ja Ja	Ja för årets avtal men inte alla tidigare	Nej	Vi skickar varje mån uppgifter t HSN om nya avtal!
AB NÖ	Ja	Ja Ja	Nej	Nej	(--)
AB SÖ	Ja	Ja Ja?	Ja, numera	Nej	(--)
AB S	Ja	Ja Ja	Nej	Nej	(--)
C	Nej	Ja Ja	Nej	Nej	(--)
D	Ja	Ja Ja	Ja	Nej	(--)
E	Nej	Ja Ja	Nej	Nej	(--)
F	Ja	Ja Ja	Nej	Nej	Dåligt utformade kriterier för kvalitetsuppföljn, tendens t dyrare vård pga moms, pensionkostn, revision m.m. Krångliga upphandl.regler för ex.vis kort avtalstid ger inte utrymme nog för samverkan och förtroendeskapande.
G	Ja	Ja Ja	Nej	Nej	(--)

H	Ja och Nej, beroende på verksamhet	Ja/Nej Nej (beroende på verksh.)	Nej	Nej	(--)
I	(--)	(--)	Nej	(--)	(--)
K	Nej	Ja Nej	Vet ej	Nej	(--)
M Yd-Österle n	Ja	Ja Ja	?	Ja	(--)
M Mö-Lund	Ja	Ja Ja	Ja	Nej	(--)
N	Nej	Ja Ja	Nej	Nej	(--)
O	Nej	Nej Nej	Nej	Ja	(--)
S	Kan inte bedöma	Ja Ja	Nej men entreprenören förväntas följa regler/riktlinjer	Kan inte bedöma	(--)
T	Nej	Nej Nej	Nej	Nej	(--)
U	Nej	Ja Ja	Nej	Nej	7.a) är nog mer relevant utifrån våra erf om vad som händer när entr slår igen p.g.a. t.ex. pers-brist. I LT Värml har vi lång erf av parallellt arb egen verksh i PV i privat regi (gäller ej storstäder). kräver särsk förhått hos aktörerna.
W	Ja	Ja Ja	?	Nej	(--)
X	Ja	Ja Ja	Nej	Nej	(--)
Y	Ja	Ja Ja	Nej	Nej	(--)
Z	Tveksamt	Nej Ja	Nej	Nej	(--)
AC	Ja med tvekan	Ja Ja	Nej	Nej	Arbete med projekt "Genomlysningen" = översyn av org. o struktur i hälso-/sjukv. Se http://intranet.vll.se/linda/vllram.nsf/VLHemsida
BD	(--)	(--)	(--)	(--)	(--)