



Dick Erixon

Dogmatism som knäcker sjukvården

S:t Görans Sjukhus AB – hot eller bot?

VINST I VÄLFÄRDEN

INNEHÅLL

INLEDNING 2

Vinst mot människovärde? 2

1. KALLT OCH INHUMANT 4

Nöjda patienter 4

Får vi "vård efter behov" i dag? 6

Taket ger konsekvenser 8

2. OJÄMLIKT 9

Också Försäkringskassan hotar jämlikheten 9

Landsortsbor i gräddfil 10

Vårdköer dyra för statskassan 11

Står gräddfiler mot allemansrätt? 11

Vilken sorts jämlikhet? 13

3. SÄMRE KVALITET 15

Nya friska pengar ger fler operationer 15

Utan vinst och försäkring, färre operationer 16

Hög kvalitet ger ökad produktivitet 17

Offentlig drift ger inte högre moral 18

Marknadens och politikernas drivkraft 19

4. EKONOMISK INEFFEKTIVITET 20

Allt bättre arbetsmiljö 21

Får skatt bli till vinst? 22

5. FÖRLORARE 24

SLUTORD 26

REFERENSER 27

Inledning

Sveriges enda akutsjukhus som drivs av ett börsnoterat företag är S:t Görans Sjukhus på Kungsholmen i Stockholm. Många anser att sjukhuset tillför svensk sjukvård ökad mångfald och nya erfarenheter som kan göra vården bättre. Andra uppfattar sjukhuset som en provokation och utmaning mot välfärdsstaten.

När Capio (dåvarande Bure) köpte S:t Görans Sjukhus AB från landstinget under hösten 1999 fördömdes utvecklingen i hårda ordalag av statsminister Göran Persson. Under en av riksdagens frågestunder (21 oktober) sa han att det var i sin ordning att till exempel ideella föreningar ordnar vårdhem och privata skolor:

Men det är något annat då sjukhusvård knyts samman med börsens krav på lönsamhet. Sådan vinst innebär ju att resurser tas från det som borde ha använts för vården.

Eftersom vårdföretag på börsen måste mätas mot andra aktiviteter som kan attrahera kapital, ansåg statsministern att detta måste leda till ett lönsamhetstänkande som inte hör hemma i en verksamhet som ska styras av människors behov:

Ett sådant systemskifte leder till ett totalt marknadssamhälle där penningvärdet är viktigare än människovärdet.

VINST MOT MÄNNISKOVÄRDE?

Statsministern ser en motsättning mellan vinstdrivande företag och människovärde. Men av någon anledning gäller det enbart inom sjukvård, eller mer precist: enbart för akutsjukvård. Det var om akutsjukvård som den omdebatterade "stopplagen" handlade, vilken förbjöd landsting att överlämna drift av akutsjukhus till annan aktör under 2001 och 2002 (*lag 2000:1440*).

Det är accepterat att göra vinst på mat, kläder, bostadsförvaltning och annat som är nödvändigt för ett drägligt liv. Ja, vinst är inte bara accepterat, utan något eftersträvanvärt och nyttigt. Såväl näringsministern som jordbruksministern har under hösten 2002 diskuterat matpriserna och då beskrivit vinst som en viktig drivkraft för att effektivisera och förbättra livsmedelsnäringen. En tuffare tävlan mellan fler vinstdrivande aktörer anses vara bra för konsumenterna. Ingen tror att matpriserna skulle sjunka och utbudet bli bättre om hela livsmedelsbranschen förstatligades i en enda butikskedja, driven av, säg, landstingen.

Ändå är mat för mänskligt liv inte mindre viktigt än sjukvård. Hur kan vinst i det ena fallet betraktas som en avgörande drivkraft för utveckling och förbätt-

ring, och i det andra fallet ses som ett allvarligt hot mot verksamheten? Hur kommer det sig att vinstdrivande företag är låginkomsttagarnas bästa vän när de handlar mat men hotar deras människovärde när de behöver akutsjukvård?

Den här studiens syfte är att belysa vad begreppet vinst betyder i en viktig del av välfärden – vård på akutsjukhus. De vanligaste invändningarna mot sjukvård med vinstsyfte kommer att testas mot verkligheten – med det privata S:t Görans Sjukhus AB som fallstudie. Sjukhuset har 1 500 anställda och omsatte 926 miljoner kronor under 2001. Man tog emot 193 000 besök i öppenvården och 57 000 besök i akutmottagningen. Slutenvården har 260 vårdplatser och redovisade 20 000 vårdtillfällen.

Anklagelserna om att vinst skulle ha skadlig inverkan på sjukvården är många och hårda. Men de är ofta svepande och oprecisa, har karaktären av trossatser, misstänkliggöranden och konspirationsteorier. De invändningar som i massmedier har riktats mot vinst i vården under de senaste åren kan sammanfattas i fem punkter:

1. **Kallt och inhumant:** "pengarna styr, inte människors behov av vård".
2. **Ojämligt:** "man kan betala för att gå före i kön".
3. **Sämre kvalitet:** "de som inte betalar får sämre service".
4. **Ekonomiskt ineffektivt:** "vinstkravet gör privat vård dyrare än offentlig vård".
5. **Förlorare:** "de gamla och svårt sjuka drabbas".

Dessa invändningar har fått stort genomslag i opinionen, och resultatet i 2002 års landstingsval tyder på att en majoritet av svenska folket, också i storstäder som Stockholm, lägger stor vikt vid kritiken. Vinst uppfattas som ett hot mot god sjukvård.

Vi ska därför gå igenom invändningarna, en efter en. Hur väl stämmer de med förhållanden i verkligheten? Om invändningarna stämmer borde de synas tydligast hos S:t Görans Sjukhus, den enskilt största enheten med mest avancerad sjukvård som drivs av ett börsnoterat företag i Sverige.

1. Kallt och inhumant

Den vanligaste invändningen mot vinst i vården är kopplad till misstanken att allt mäts i pengar. Kronor och ören blir viktigare än att tillgodose patienternas vårdbehov. Med andra ord: en patient som behöver operation riskerar att inte få den om en annan patient skulle anses vara mer lönsam.

– Vi som jobbar på klinikerna vet ingenting om patienternas ekonomi. För oss är patienter enbart patienter som vi ska hjälpa, säger Christina Gerdin som är operationssjuksköterska på St Görans Sjukhus AB och facklig representant för Vårdförbundet.

– Vi har ingen anledning att veta vem som i slutändan betalar för varje enskild patient. Vår yrkesetik ställer krav på oss om hur vi ska behandla patienterna. På S:t Görän får alla samma kvalitet. Vi har inga silverfat för vissa. Alla patienter är lika viktiga för oss, konstaterar hon.

Det intrycket förstärks av statistiken, som visar att 75 procent av slutenvården på sjukhuset ges till patienter som kommer in akut. Inom intern medicin är andelen akutpatienter ännu högre, 90 procent. Akutvården finansieras utslutande av landstinget. Här kan det inte ens misstänkas att patienter behandlas olika av ekonomiska skäl – alla finansieras med skattemedel.

Ändå finns farhågor om att den vård som landstinget finansierar urholkas när sjukhuset drivs av vinstdrivande aktiebolag. Eller som statsministern uttryckte det i riksdagen, "vinst innebär ju att resurser tas från det som borde ha använts för vården".

Det framförs också misstankar om att resurser som är avsedda för landstingets patienter, alltså skattemedel, förs över till patienter som får vård via privata sjukvårdsförsäkringar.

– I så fall skulle det betyda att vi utför sämre sjukvård till landstingets patienter. Men att vi skulle ge sämre kvalitet är det ingen som hävdar i debatten, säger sjukhusets informationschef Tomas Philipp.

De utvärderingar och granskningar som genomförts tyder på att kvaliteten är minst lika hög på S:t Görän som på andra sjukhus. Socialstyrelsen, som är kontrollmyndighet, och landstingen, som betalar huvuddelen av vården, har inte funnit anledning att rikta kritik mot den medicinska kvaliteten.

– Tillsynens allmänna bedömning är att den medicinska säkerheten är densamma på S:t Görän som på andra akutsjukhus, säger Bo Lindblom, avdelningschef på Socialstyrelsen.

NÖJDA PATIENTER

Inte heller patienterna upplever brist på kvalitet, tvärtom. I S:t Görans tredje patientundersökning får sjukhuset genomgående något bättre betyg än motsvarande sjukhus som drivs i landstingens regi.

Undersökningen, enligt den s k Pyramidenkäten, som utvecklats vid Uppsala

universitet i samarbete med Örebro regionsjukhus, har hittills besvarats av över 60 000 patienter på olika sjukhus i landet. Den visar att patienterna är mer nöjda med tillgängligheten och den fysiska miljön och ger ett statistiskt säkerställt högre omdöme i det samlade betyget för S:t Görans 2001 än 1999. Sjukhuset har således förbättrat sitt eget redan höga betyg under de två år som gått sedan man bytte ägare från landstinget till Capio.

S:t Görans får högre betyg i delaktighet än exempelvis Lindesbergs lasarett, och betyget i medicinsk behandling är endast högre för Thoraxkliniken på Karolinska Sjukhuset. S:t Görans får högre betyg i omvårdnad än exempelvis Norrtälje sjukhus. Patienternas betyg i kategorierna "information om sjukdom" och "information om rutiner" är högre för S:t Görans än på något annat sjukhus som ingått i patientenkätens jämförande studie (*benchmarking*).

Om det skulle vara så att resurser överförs från skattefinansierad vård till vinst, eller till vård av försäkringspatienter så har det ingen effekt på kvaliteten på den skattefinansierade vården.

– Men så är det inte. Vår ersättning från landstinget går till den vård landstinget betalar för, säger Tomas Philipp.

– Däremot är det så att landstinget betalar i snitt 10 procent mindre till oss för operationer och behandlingar än vad man betalar till andra sjukhus i Stockholm, påpekar han.

Det bekräftas av revisorerna för Stockholms läns landsting, som konstaterar att "S:t Görans Sjukhus har under 2000 haft det klart lägsta DRG-priset av alla sjukhus". (Revisionsrapport nr 23/01) Det framgår också att S:t Görans för 2001 får 23 800 kr per DRG-poäng, som är ett mått för vårdproduktion, medan exempelvis Danderyds sjukhus får 26 400 kr för samma produktion. Danderyd får alltså 10,7 procent mer betalt än S:t Görans för varje vårdinsats.

Om skattepengar flyttas från vissa patienter till andra, så är det från vården på det börsnoterade sjukhuset till landstingets egna sjukhus. Detta eftersom S:t Görans får lägre ersättning per operation än andra sjukhus. Trots den klart lägre ersättningen upplever patienterna den privata sjukhusvården som minst lika bra som den inom landstinget.

Man kan fråga sig vem det är som gör den största vinsten här. Någon skulle, inte utan belägg, kunna hävda att det är landstinget som är vinnaren. Och därmed skattebetalarna. Man får ut mer vård för varje satsad skattekrona.

Men styr inte pengarna?

– Jo, svarar Tomas Philipp, men i vårt fall är det landstingets ersättnings-system som styr. Det är Stockholms läns landsting som beställer och finansierar merparten av den vård vi utför. Men landstinget har satt ett tak på hur mycket vård man är beredd att betala. När vi utfört den volym landstinget har beställt slår vi i taket.

Skulle ni kunna operera fler landstingspatienter – därför att ni har operationssalar som står lediga, läkare redo och patienter i kö – men hindras på grund av att landstinget inte vill betala?

– Ja, så är det redan. Vi har kapacitet att göra fler operationer än de som

ingår i vårt avtal med Stockholms läns landsting.

Är det därför ni tar emot landstingspatienter från andra län?

– Ja, vi har successivt tecknat avtal med flera landsting runt om i landet, som innebär att de kan skicka oss patienter som de inte själva har möjlighet att behandla.

Ni opererar alltså patienter från andra landsting, medan stockholmare med samma besvär står i kö?

– Vi skulle gärna operera fler stockholmare, men Stockholms läns landsting har satt ett tak på hur många operationer de betalar per år.

Och heller än att låta operationssalar stå tomma tecknar S:t Görans avtal med andra landsting?

– Ja, i dag är drygt 4 procent av våra patienter sådana som betalas av andra landsting. Det är av samma skäl som vi tecknat avtal med försäkringsbolag. Vi har kapacitet i form av kunnig personal och toppmoderna anläggningar. Varför inte utnyttja dem, så att färre patienter behöver vänta, frågar Tomas Philipp.

FÅR VI "VÅRD EFTER BEHOV" I DAG?

Det är lätt att bli förvirrad när man ställer den politiska retoriken mot hur det ser ut i verkligheten på ett sjukhus som S:t Görans. En av Sveriges högst ansvariga politiker, Landstingsförbundets ordförande, Lars Isaksson (s), höll i juni 2002 ett tal inför förbundets kongress där han avsåg att reda ut begreppen:

Till skillnad från vårt solidariska sjukvårdssystem är de privata försäkringarna en inrättning som har orättvisan både som utgångspunkt och målsättning ... När mor Anna ska få sin höftled opererad ska hon aldrig behöva misstänka att hon ställs åt sidan för att en annan patient får gå före med pengar från försäkringsbolaget ... Vi vill motverka marknadsanpassning av sjukvården, för att även i fortsättningen ge alla medborgare rätt till vård på lika villkor och vård efter behov.

Formuleringen "även i fortsättningen" visar att Isaksson utgår från att medborgarna i dag får vård efter behov. Hela resonemanget är upphängt på den förutsättningen. Men vad händer när det visar sig att resonemanget inte stämmer med verkligheten?

När människor inte får vård, utan hamnar i kö, uppfylls inte deras behov. Och skälet till att människor hamnar i kö är inte brist på vårdpersonal eller operationssalar. Skälet är att landstingen inte organiserar vården så att den klarar av de operationer som det finns behov av.

Likt ett mantra upprepas beskillningen att dagens brister beror på 90-talets besparingar. Men faktum är att offentlig sektor har större resurser till sitt förfogande i dag än i början av 1990-talet. Trots allt tal om besparingar har det offentliga nu mer resurser än någonsin tidigare i svensk historia, och större andel av den samlade ekonomin än något annat västland. Ändå är de otillräckliga. Varför?

De ekonomiska resurserna är inte outtömliga. I opinionsbildningen är det många som kräver mer offentliga resurser till just det som ligger den egna gruppen närmast om hjärtat. Personal, inte minst inom offentlig sektor, vill ha högre löner. Föräldrar vill att barnomsorgen ska prioriteras. Transportnäringen behöver fungerande vägnät för att samhället inte ska bli utan varor. Polisen kräver resurser för att kunna upprätthålla lag och ordning. Gamla kräver äldreomsorg. Snöskottningen har för lite resurser. Ungdomar måste få god utbildning i skolan. Och så vidare.

Politikerna i Sverige har under 1900-talet försatt sig i den utsatta positionen att alla dessa krav, alltmer direkt, riktas mot dem själva. Det är politikerna som ska fixa resurser till allt från en ny gungställning på dagis till livsavgörande hjärt-operationer och att äldre får duscha åtminstone någon gång i veckan.

Situationen har blivit ännu mer prekär, eftersom politikerna inte bara har tagit på sig ansvaret för att alla dessa verksamheter ska fungera, utan dessutom har lovat att alla ska få det som de anser sig ha behov av. När människor kan börja efterfråga varor och tjänster, utan att behöva ta hänsyn till hur mycket dessa varor och tjänster faktiskt kostar, blir naturligtvis efterfrågan (behoven) enorma.

Dels därför att det som tillhandahålls gratis är enklare att se som ett behov, än det som kostar något. Det som är gratis kräver ingen uppoffring.

Dels därför att människor som inte behöver ta ansvar för kostnaderna inte förmår prioritera mellan olika, var för sig, viktiga behov. Man är inte beredd att vara återhållsam med ett behov för att kunna satsa rejält på ett annat. När man inte har kostnadsbilden klar för sig är det enkelt att kräva ALLT på en gång. Behoven i ett sådant system blir gränslösa.

Det är dessa gränslösa behov den svenska välfärdsstaten bara har börjat känna av. Trycket kommer med största sannolikhet att öka kraftigt under kommande år. Allt fler ställer allt högre krav på den service politikerna ska leverera. Vissa studier talar om att kommunalskatten behöver höjas från dagens dryga 30 kronor till upp emot 70 kronor per intjänad hundralapp. Det är givetvis en omöjlighet, men en logisk effekt när människor saknar egen insikt om hur dyr service av olika slag egentligen är. Och den som inte har eget ansvar behöver inte bekymra sig om kostnaden utan kan med gott samvete ägna sig åt att hela tiden kräva mer. Och mer.

Men mänskligt liv innebär att det alltid finns brister och behov som ställs mot varandra. Sådana prioriteringar är inte enkla att göra, allra minst på en aggregerad politisk nivå.

Det är en förklaring till att landstingen inte har tillräckligt med resurser för att alla som behöver en operation eller behandling ska kunna få det. Politiska låsningar innebär också att sjukvården misslyckas med att organisera verksamheten så att den kan prestera mer för de resurser som trots allt finns. Då återstår inget annat än att ransonera välfärdstjänsterna.

Tak för kostnadsersättningarna till akutsjukhusen – såväl offentligt drivna som det privata S:t Görans – är inget annat än ett sätt att ransonera människors

tillgång till sjukvård. Kaffe, mjöl och smör ransonerades under andra världskriget, men när det gäller möjligheten att bli opererad har ransonering tvingats fram även i en tid utan världskrig. Så illa ställt är det med organisationsförmågan inom svensk sjukvård.

TAKET GER KONSEKVENSER

Skälet till att mor Anna "ställs åt sidan" är att landstingen bestämmer sig för att ställa henne åt sidan och medvetet vägra henne vård inom rimlig tid. Beviset på att politiker, av alla kulörer, medvetet ransonerar sjukvården finns i de avtal som landstingen tecknar med sjukhusen.

I fallet med S:t Görans formuleras ransoneringen så här: "Förändringar i vårdprofil och vårdvolym under pågående avtalsperiod kan enbart ske genom av båda parter tecknat skriftligt avtal." Det framgår redan på första sidan i samarbetsavtalet mellan Stockholms läns landsting och S:t Görans Sjukhus, som tecknades 11 oktober 1999 och därefter har förlängts till december 2006.

Denna torra och juridiska formulering betyder att S:t Görans bara får göra den volym av operationer och behandlingar som bestäms i avtalet. När denna vårdvolym är uppnådd får sjukhuset inte göra fler operationer på landstingets bekostnad. Man får inte heller förändra inriktning eller vårdprofil och prioritera andra sjukdomar och diagnoser än det avtalet bestämmer.

Så ser den krassa verkligheten ut för S:t Görans, precis som för landstingsdrivna sjukhus. Här finns ett glapp mellan patienternas dokumenterade behov och den vård som landstingen i verkligheten levererar.

De politiska löften om vård efter behov uppfylls inte, eftersom politikerna sätter tak. Tak innebär köer. Och där köer finns uppstår lidande. Men också engagemang som syftar till att finna lösningar för att undvika köer.

Sjukvårdsförsäkringar är en ny lösning vars tillväxt på senare år huvudsakligen kan förklaras med att politikerna infört tak och medvetet skapat köer. Försäkringarnas existens är därmed ett bevis på att politiken inte uppfyller de avgivna löften. Det kan vara ett skäl till att så många politiker provoceras av att allt fler medborgare tecknar sjukvårdsförsäkring. Det är ett konkret bevis på deras misslyckande. Därav de många hårda utfallen.

Frågan är vem som är mest kall och inhuman – de politiker som i avtal med sjukhus ställer patienter åt sidan och driver fram köer, eller de aktörer som försöker finna nya lösningar för att göra någonting åt köerna och det lidande dessa skapar?

2. Ojämlikt

Under 2002 ägnades stor uppmärksamhet åt det som kommit att kallas "gräddfiler" i sjukvården. När programmet *Uppdrag granskning* i Sveriges Television den 26 mars 2002 tog upp temat fick det stora genomslag i debatten detta valår. Programmet, som sändes i en kanal som ska vara opartisk, var alarmerande i tonen:

Sverige håller på att skrota den solidariska sjukvårdspolitiken om vård på lika villkor för alla. Privata vårdföretag, försäkringsbolag och politiker håller gemensamt på att införa ett nytt vårdssystem i Sverige, som är en vinstaffär för alla inblandade parter. Förlorarna är de gamla, de sjuka och de som inte kan betala för sig.

Bara lite drygt 24 timmar senare publicerade socialminister Lars Engqvist (s) en debattartikel i *Dagens Nyheter* där han lovar att stoppa utvecklingen:

Ingen offentligt finansierad sjukvård ska få ge förtur åt försäkringsbolagens kunder. All offentligt finansierad sjukvård ska ge vård på lika villkor ... Denna gränsdragning mot de kommersiella intressena är nödvändig för att klargöra för medborgarna att förändringar av sjukvårdens organisation ... inte leder bort från allemansrätten till en markandsstyrd sjukvård.

Det finns en stark ideologisk sprängkraft i beskyllningarna om gräddfiler. De utmanar kärnan i välfärdspolitiken – jämlikheten. Och det är som socialministern skriver i sin artikel, att "alla undersökningar visar att svenska folket vill ha en offentligt finansierad sjukvård". Jämlikhet är en grundläggande värdering som få är emot. Men frågan är hur jämlikhet bäst uppnås – och vilken sorts jämlikhet som eftersträvas.

OCKSÅ FÖRSÄKRINGSKASSAN HOTAR JÄMLIKHETEN

Vid en närmare granskning av hur värderingen av jämlikhet präglar sjukvårdsdebatten kan man konstatera att frågan om gräddfiler inte bara, och inte främst, berör privata sjukvårdsförsäkringar. Betydligt större resurser och möjligheter – och därmed hot – kommer från annat håll än det som drivs i privat regi. Landsting köper operationer från sjukhus utanför sitt eget landstingsområde i syfte att ge patienter snabb vård. Försäkringskassan har samverkat med landsting i olika rehabiliteringsprojekt i samma syfte. Båda dessa finansiellt mycket starka aktörer bidrar därmed till att skapa en "marknad" för sjukvård.

Under åren 1993–97 bedrev exempelvis försäkringskassan och landstinget i Gävleborg en försöksverksamhet om rehabilitering med det goda och solidariska målet att snabbare få tillbaka patienterna i arbete. "Finsamprojektet"

(Finansiell samverkan) byggde på att försäkringskassan "lånade ut" pengar ur socialförsäkringssystemet, pengar som sedan användes av landstinget för rehabilitering av sjukskrivna. Återbetalning skedde i form av minskade sjukskrivningskostnader för Försäkringskassan.

Utfallet blev mycket gott. Försäkringskassan sparade hundratals miljoner kronor, och 97 procent av patienterna var nöjda med att snabbare komma tillbaka till arbetslivet. Men projektet lades ned. Vid en hearing om besparingar i Gävle påtalade landstingsrådet Ingrid Liljegräas (s), enligt tidningen *Överläkaren* (nr 2, 2000), att det funnits allvarliga invändningar mot Finsam:

Det här är ingen enkel fråga, även om Finsam betytt mycket. För oss är det viktigt med vård på lika villkor. Om du är pensionär eller sjukpensionär så är du inte sjukskriven. Det innebär att det bara är de i aktiv och arbetsför ålder som får rehabilitering, och det är inte rättvist.

Tidningen summerar förklaringen till att det framgångsrika rehabiliteringsprojektet avbrutits: "Stöttestenen har varit att Finsam kan ses som en gräddfil."

LANDSORTSBOR I GRÄDDFIL

På samma sätt kan kritik om orättvisa gräddfiler riktas mot landsting som skickar sjuka patienter till andra landsting för vård. Dessa långväga patienter stjälar, enligt gräddfilfilosofin, vårdplatser som rätteligen tillhör de patienter som bor nära det sjukhus som utför vården. Varför ska de som kommer långt ifrån få gå före dem som bor närmast? Inte minst sjukhus i Stockholm tar emot patienter från landsorten, trots att stockholmarna väntar på vård. Av hundra patienter som S:t Görans ger vård kommer fyra från andra landsting än Stockholms. Här finns, med gräddfilresonemanget, en orättvisa som gynnar landsortsbor.

Anklagelser om gräddfil gäller således alla försök att, vid sidan av vård i det egna landstingets regi, göra något åt sjukvårdsköerna. Varje avsteg från en kö per län kan anses kränka den grundläggande värderingen om jämlikhet. Även då det handlar om att flytta skattemedel från en "påse" till en annan.

Men vilken är den kontroversiella vinst som erhålls när en försäkringskassa och ett landsting i landsorten på marknaden köper vårdinsatser?

Vinsten är naturligtvis att människor får vård snabbare. Det handlar om stora sociala och humanitära vinster. Vinnare är också statskassan, som kan reducera sjukpenningskostnader och öka skatteintäkter genom att fler arbetar i stället för att i väntan på vård vara sjukskrivna. Men dessa sociala vinster har hamnat i den politiska debattens skugga, där retoriken om gräddfiler gör dessa betydelsefulla välfärdsvinster så politiskt kontroversiella att de åtgärder som givit dessa vinster motarbetas och ofta stoppas.

I januari 2003 tog riksdagsmannen Kenneth Johansson (c) upp försäkringskassans arbete med rehabilitering, vilket återgavs i flera tidningar. I sitt pressmeddelande (3 januari) riktade han hård kritik mot dagens system:

Samtidigt som tusen och åter tusen människor går långtidssjukskrivna lämnar landets försäkringskassor tillbaka rehabiliteringspengar som är avsatta för att enskilda skall kunna komma tillbaka till arbete. Detta är inget annat än en ren och skär skandal och fullständigt oacceptabelt. Jag begär nu att riksdagens revisorer granskar sjukförsäkringsadministrationens bristande effektivitet.

Den som, liksom denna rapport, studerar vilka effekter den politiska retoriken har på sjukvårdens vardagliga arbete ute på "golvet", är det bristfälliga resultatet inte svårt att förklara. Försäkringskassans pengar kommer inte i rullning därför att det varje gång resurserna ska användas dyker upp kritik om att insatserna kommer att leda till orättfärdiga gräddfiler. Det finns helt enkelt ingen politisk legitimitet att använda pengarna. Att resurserna alls har reserverats är förvånande, men kan vara ett led i försök att via massmediala utspel ge sken av att vi har en handlingskraftig regering.

VÅRDKÖER DYRA FÖR STATSKASSAN

Strax före jul 2002 (18 december) rapporterade radions Ekoredaktion att en första vetenskaplig studie undersökt följderna av lång väntan på operation. Studien har genomförts vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och omfattar 500 patienter i arbetsför ålder som den sista januari 2002 stod i kö för operation av diskbråck, knäleder eller axlar.

Av de 500 har en tredjedel, 159 patienter, i väntan på operation blivit sjukskrivna eller förtidspensionerade. Detta ger ett produktionsbortfall på 90 miljoner kronor, en summa som motsvarar 2 250 diskbråcksoperationer.

– Det är en förfärande hög siffra som ger närmast katastrofkänsla, eftersom man vet att dessa patienter med tidig operation med stor sannolikhet blivit friska. Men i väntan på operation blir man sjukskriven och förtidspensionerad, sa Tommy Hansson, professor i yrkesortopedi, till Ekot.

Alltså: när 159 personer får vänta på operation kostar det sjukförsäkringssystemet samma belopp som 2 250 operationer.

Med sådana fakta borde alla försök att korta köerna ses som något eftersträvänsvärt och positivt. Men i stället betraktas varje initiativ att göra detta som försök att skapa gräddfiler och därmed ett hot mot god vård.

STÅR GRÄDDFILER MOT ALLEMANSRÄTT?

I den politiska retoriken framstår givetvis "allmansrätt" i sjukvården som betydligt mer aptitlig än "gräddfiler" för rika. Men är det så vardagen ser ut? Den ideologiska utgångspunkten tar för givet att det finns en motsättning mellan målet om god vård till alla, och det som kallas gräddfiler.

En studie av hur S:t Görans Sjukhus AB i praktiken samarbetar med andra landsting och försäkringsbolag ger en annan bild. Sjukhuset har, som nämnts, avtal med andra landsting som skickar patienter för planerad behandling.

Dessutom har man avtal med försäkringsbolag om att ta emot deras försäkringstagare. Det gäller inte akutvård, utan enbart i förväg inbokade insatser, så kallad elektiv vård.

– När vi tecknat avtal med Stockholms läns lansting för kommande år lägger vi ut ett schema för att kunna ta emot den vårdvolym som man har beställt. Det är sedan vi ser till att fylla ut luckorna med patienter från andra landsting och försäkringspatienter, förklarar Tomas Philipp.

Så patienter från andra landsting och försäkringspatienterna knuffar aldrig bort en landstingspatient i Stockholm?

– Nej. Vi reserverar den volym av vård till stockholmarna som Stockholm-landstinget har beställt i demokratisk ordning. Det är den kapacitet för inplanerad vård som Stockholmslandstinget tackar nej till som vi erbjuder andra landsting och försäkringsbolag.

Lanstingspatienten hade alltså inte fått operation snabbare om försäkringspatienten stoppats?

– Nej. De här två patienterna kommer in i vården genom separata dörrar, skulle man kunna säga. Vi har inget att tjäna på att inte ge landstinget och deras patienter allt som de betalar för. Vi vill gärna göra mer åt landstinget. Capio har en tydlig målsättning att expandera, säger Tomas Philipp.

När landstinget inte beställer den volym som finns tillgänglig söker S:t Görans Sjukhus andra kunder. Försäkringspatienterna tillför extra resurser. Samtidigt avstår de från att konsumera vård på landstingets bekostnad. Försäkringspatienter belastar inte skattebetalarna. Tvärtom, de kortar landstingets kö genom att gå ur den.

Försäkringspatienter släpper alltså sina platser i landstingets kö till dem som står längre bak?

– Ja. Men det här är väldigt svårt att förklara pedagogiskt, suckar Tomas Philipp.

Men låt oss göra ett försök. Var och en som har handlat i ett varuhus under rusningstid borde förstå logiken. Om antalet kunder som vill betala är fler än de öppna kassorna klarar av, uppstår köer. Om varuhuset då öppnar en kassa till, exempelvis för kunder med högst tre varor, innebär det inte att de som har fler än tre varor missgynnas. Tvärtom. När de med få varor lämnar sin plats i andra köer, blir kötiden för alla kortare.

De flesta skulle nog hålla med om att det vore dumt att stänga snabbkassan med motiveringen att kötiden blir ojämlig mellan kunder med få respektive många varor i kundvagnen. Det viktiga för var och en är att deras egen kötid blir kortare. Att stänga snabbkassan får motsatt effekt. I synnerhet om de som använder snabbkassan betalar extra för att täcka lönekostnaderna för den extra kassörskan, så att de som inte använder denna kassa inte behöver betala högre pris på sina varor. Deras kötid kortas även om de inte är med och betalar för den extra kassan.

Det är vanskligt att göra denna enkla typ av liknelser, eftersom kritik alltid kan riktas mot dem. Varför inte låta den nya kassan vara öppen för alla? Men

också det innebär att några kunder träder ur de långa köerna och ställer sig vid denna kassa. Är det rättvist mot alla som stod före dem som byter kö?

Poängen är att visa att det vid varje förändring i system där det finns köer, uppstår effekter som alltid kan beskyllas för att skapa ojämlikhet och grädd-filer. Men är det för den skull riktigt att dra slutsatsen att man ska avstå från all förändring? I synnerhet om man kan konstatera att alla gynnas av förändring-arna, om än inte exakt lika mycket.

VILKEN SORTS JÄMLIKHET?

I Sverige har vi en bild av oss själva som "landet lagom", men i sjukvårdsfrågor tillämpas en bokstavstrogen och närmast extrem uttolkning av begreppet jämlikhet. I debatten likställs alla individer, oberoende av omständigheter och konsekvenser. Måttet på jämlikhet mäts i kötid. Jämlikhet råder bara när alla får stå lika många månader i kö.

Det kan låta rimligt – innan man betänker konsekvenserna av denna tolkning av jämlikhetsbegreppet. Låt oss ta ett exempel till. Det blir mer jämlikt – och därmed eftersträvansvärt – att 1 000 patienter får vänta 10 månader var på en höftledsoperation, än att 800 patienter kommer till operation inom fem månader och 200 patienter inom en månad.

I det första fallet behandlas alla exakt jämlikt, till priset av dubbelt så lång väntetid. I det andra fallet kommer några till operation snabbt, men de ökade resurser de tillför systemet frigör kapacitet så att alla de andra kan få behandling inom halva tiden. Vilket är bäst, strikt jämlikhet eller kortare köer för alla?

Rådande definition av jämlikhet måste alltså ifrågasättas. Mot jämlikhet som *lika utfall* kan jämlikhet som *lika möjlighet* ställas. Det senare innebär att alla ska ha tillträde till olika tjänster utifrån samma spelregler. De som vänder sig till landstingen ska behandlas lika, oberoende av inkomst, och de som tecknar försäkring ska inbördes behandlas lika. De som är sjukskrivna ska behandlas lika av försäkringskassan. Men utfallet mellan dessa grupper kan bli olika, beroende på de skiftande förutsättningarna. Alla – också pensionärer – har att vinna på att de yrkesverksamma snabbt kommer tillbaka i arbete. Det ökar produktionen, tillväxten och därmed välståndet i landet som helhet.

Men i Sverige tycks vi föredra att låta alla vänta i onödan på vård. Vi föredrar också att låta ekonomin raseras – såväl samhällsekonomin som den individuella (att leva på sjukpenning är ingen lyx) – framför att ifrågasätta att vi har rätt tolkning av jämlikhetsbegreppet. Detta trots att nuvarande tolkning påminner mer om kommunisters än om liberalers, eller ens socialliberalers definition. Filosofen John Rawls formulerade en socialliberal jämlikhetssyn där han slog fast att om en viss ojämlikhet förbättrar läget också för de sämst ställda är ojämlikheten befogad. Han menade att man ska se till slutresultatet. Om, i detta fall, privata sjukvårdsförsäkringar och försäkringskassans rehabiliteringsprojekt innebär att mer resurser tillförs svensk sjukvård, så att fler blir opererade och köerna kortas för alla, ja, då är den ojämlika längden på kötiden befogad.

Man kan alltså fråga sig om vi tillämpar jämlikhet med lika utfall på rätt sätt. Varför stirra sig blind på förhållandena *före* operation och behandling? Varför inte studera vad sjukvården uppnår som samlat slutresultat, *efter* operation och behandling? Det är ingen djärv gissning att tro att slutresultatet är det viktigaste för varje patient, inte vägen dit.

Om målet är att minska människors lidande borde värderingen jämlikhet kombineras med värderingen om bästa möjliga kvalitet. Om det samlade resultatet för svensk sjukvård kan bli av högre kvalitet, exempelvis genom att kötiderna för alla reduceras, är kanske den välfärdsförbättringen viktigare än att människor får vänta exakt lika länge på operation och behandling?

Man kan dessutom fråga sig varför det i svensk politisk debatt inte är intressant att studera hur jämlikheten ser ut mellan friska och sjuka. Den kanske viktigaste jämförelsen borde göras mellan hur många som är friska och hur många som inte får chansen att bli friska. Om minskat mänskligt lidande sätts som ett övergripande jämlikhetsmål är det ingen tvekan om att störst jämlikhet och minst lidande uppstår när fler finansärer bidrar till rehabilitering så att så många som möjligt kan bli friska, och så få som möjligt behöver vänta i onödan.

Från jämlikhetssynpunkt borde det – om jämlikhet eftersträvas mellan friska och sjuka – vara bättre att exempelvis ha tre ingångar i vården (landsting, försäkringskassa och privata försäkringar) än att bara tillåta en och förbjuda övriga.

3. Sämre kvalitet

Kritiken mot vinstintresse och ett större inslag av marknadsmekanismer i sjukvården bygger på misstanken att resultatet blir sämre vård för dem som allra mest behöver den.

I idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) som publicerades i april 2002, anser enmansutredaren och riksdagsmannen Pär Axel Sahlberg (s) att misstanken är befogad. Såväl kvalitet som tillgång på lika villkor har satts ur spel:

Även om marknadsmodellerna introducerades i såväl borgerligt som socialdemokratiskt styrda landsting var begreppet marknad inom vården inte okontroversiellt. Skulle en intern marknad innebära förtur för de mer resursstarka? ... Balansen mellan vårdens viktiga mål – kvalitet och tillgång på lika villkor – var rubbad.

Vid ett seminarium på S:t Görans Sjukhus i december 2002 utvecklade Landstingsförbundets ordförande Lars Isaksson misstanken att vinst i vården ger sämre sjukvård:

Vi har en sjukvårdsresurs här i landet. Om vi släpper in andra, privata aktörer, betyder det att vi lämnar prioriteringsutredningen och målet om vård efter behov. Eftersom resurserna är begränsade är det tveklöst så att privata försäkringar innebär en utträngningsmekanism.

Dessa politiker lever i föreställningen att ett privat sjukhus med försäkringspatienter tränger ut andra patienter. Det låter som om de tror att dessa patienter stjälar vårdplatser som annars skulle tillfalla landstingets patienter.

Men sjukvård är, lika lite som någon annan produktion, statisk och oberörd av omständigheterna. Vårdproduktionen kan naturligtvis öka om sjukvården organiseras så effektivt att personalens kompetens bättre tas tillvara. Hur mycket resurser som tillförs och på vilket sätt, har också betydelse för hur mycket vård som kan utföras.

NYA FRISKA PENGAR GER FLER OPERATIONER

Eftersom landstingen bedriver en politik som resulterar i köer uppstår helt naturligt frågor om hur man som medborgare kan finna nya vägar för att försäkra sig om att få vård när man behöver den.

Den egenföretagare eller specialist som inte kan riskera att bli sjukskriven i många månader på grund av vårdkö, har i allt högre grad funnit det nödvändigt att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Även olika fackförbund, exempelvis Industrifacket, har i löneförhandlingarna börjat kräva privata sjukvårdsförsäk-

ringar som personalförmån, eftersom det ger medlemmarna ökad social trygghet.

Dessa människor betalar, antingen själva eller via arbetsgivaren, dubbelt för att få tillgång till sjukvård. Först via skatten. Sedan via försäkringspremien. Försäkringsbolagen använder premierna för att tillföra svensk sjukvård nya friska resurser som innebär att sjukvården totalt sett kan genomföra FLER operationer och behandlingar än den hade kunnat göra utan tillskottet från försäkringsbolagen.

När S:t Görans Sjukhus låter försäkringspatienter tillvarata kapacitet – i form av exempelvis ledig tid i operationssalar – som landstingspolitikerna inte är villiga att betala för, ser man till att beta av en större andel av de patienter som köar i väntan på behandling.

Därmed bidrar försäkringspatienterna inte bara till att de offentliga köerna kortas, utan man skjuter också till nya resurser till sjukvården vilka bidrar till att öka mångfalden i vården. Dessa extra medel medför att kvaliteten kan höjas genom utbildning och utveckling. Mångfalden bidrar också till att höja statusen på vården som bransch, och därmed på vårddyrkena.

Men vilka är försäkringsbolagens villkor när de köper vård? Betalar de på samma villkor som landstingen?

– Villkoren skiljer sig mellan Stockholmslandstingets avtal och de separata avtal vi har med försäkringsbolagen, berättar Tomas Philipp. För operationer betalar försäkringsbolag ett högre pris än Stockholmslandstinget. Försäkringsbolagens avtal har givetvis också föregåtts av förhandling, men förhandlingarna med Stockholms läns landsting har varit betydligt mer intensiva och långtgående, säger han.

Man kan förutsätta att landstinget, i egenskap av S:t Görans klart största kund, får mängdrabatter som försäkringsbolagen inte kan tillgodogöra sig.

UTAN VINST OCH FÖRSÄKRING, FÄRRE OPERATIONER

I den allmänna debatten är det lätt att få uppfattningen att om försäkringsbolagen körs på porten skulle landstingen kunna ge medborgarna fler operationer och korta sina köer.

Men vad händer om vi i Sverige, så som socialministern ansåg i en DN-artikel förra våren (28 mars 2002), förbjuder vårdföretag att ta emot patienter från både landsting och försäkringsbolag?

– Med det systemskiftet kommer vi att få en total uppdelning av offentliga och privata vårdgivare. Sådana murar har vi sett i England och Kanada, och det har bara lett till dåligt resursutnyttjande och långa köer, säger Åke Strandberg, VD för S:t Görans Sjukhus AB.

Om vårdproducenter som S:t Görans måste välja mellan att utföra operationer åt landstinget eller försäkringsbolagen, så tvingas de reducera sin verksamhet. De vårdproducenter som väljer att fortsätta utföra vård åt landstinget, kommer inte att kunna utföra fler operationer åt landstinget än tidigare.

Tvärtom. Resultatet blir förmodligen att ännu färre operationer utförs i vårt land.

För det första därför att Stockholms läns landsting inte får större resurser att beställa vård för, bara för att den privata vården blir bannlyst.

För det andra därför att S:t Görans Sjukhus, med strikt uppdelning mellan offentlig och privat vård, förlorar möjligheten att effektivt använda sina resurser, exempelvis genom att tillvarata ledig kapacitet.

För det tredje skulle S:t Görans förlora de extrainkomster som i dag stärker också den offentliga vårdens kvalitet och har gjort det möjligt för sjukhuset att ta mindre betalt för vården av landstinget. Utan andra kunder kan landstinget behöva betala högre pris per operation än man gör i dag. Den offentliga vården skulle bli dyrare och landstinget skulle beställa ännu färre operationer, med längre köer som resultat.

HÖG KVALITET GER ÖKAD PRODUKTIVITET

Eftersom S:t Görans Sjukhus verkar under aktiebolagslagens regler är vinstkrav en naturlig del av verksamheten. Vad innebär detta krav på utveckling av mer lönsamma arbetsmetoder i praktiken?

Sjukhuset kan redan uppvisa klart högre produktivitet än andra jämförbara sjukhus. När det gäller antalet vårdtillfällen per disponibel vårdplats har kirurgkliniken 21 procent högre produktivitet än medianvärdet på motsvarande kliniker på andra sjukhus. Medicinkliniken klarar av 40 procent fler vårdtillfällen än medianvärdet och ortopedikliniken hela 50 procent fler vårdtillfällen än andra jämförbara enheter.

Om vi tittar på antalet vårdtillfällen per årsarbetande läkare är de 12 procent fler på medicinkliniken och hela 122 procent fler på ortopedikliniken än medianvärdet. På kirurgkliniken är antalet läkarbesök per årsarbetande läkare 42 procent fler än medianvärdet för kirurgkliniker.

Medelvårdtiden är 31 procent kortare på medicinkliniken, trots att tillströmningen av akutpatienter är 13 procent högre än medianvärdet för motsvarande kliniker.

Dessa siffror talar sitt tydliga språk. S:t Görans kliniker är mer effektiva än andra på att vårda sina patienter. Men att det inte handlar om "löpande band" och opersonlig eller slarvig vård bevisas av att patienterna ger högt betyg åt omvårdnaden, som vi tidigare har konstaterat.

Sådana anklagelser faller också platt till marken om vi tillför ytterligare några statistiska data. Antalet läkarbesök per patient är exempelvis 51 procent fler på kirurgkliniken, trots att, eller kanske tack vare, det faktum att medelvårdtiden är 13 procent kortare än vid andra kirurgkliniker.

De största avvikelserna i positiv riktning uppvisar ortopedikliniken där medelvårdtiden är en tredjedel kortare än på andra kliniker. Antalet läkarbesök per årsarbetande läkare är 90 procent fler än genomsnittet, och antalet operationer per läkare är nära 50 procent fler.

Hur kan dessa skillnader förklaras? Behandlas patienterna lika och får de lika hög medicinsk kvalitet?

– Ja, svarar Rikard Lundqvist, chefssjuksköterska på ortopedkliniken. Vi lägger stor möda på kvalitet för alla. För att produktionen ska bli hög är det nödvändigt att patienterna känner sig så trygga och säkra som möjligt. Det är bara med 100 procent kvalitet som vi kan vara mer effektiva och snabbare låta patienterna gå hem. Framgången ligger i att på kort tid ge högklassig behandling. Och det gäller för kliniken som helhet, inte bara för vissa patienter. Det finns ingen anledning för oss att behandla patienter olika, fortsätter Rikard Lundqvist.

Nidbilderna om att högre effektivitet i sjukvården måste innebära att man springer fortare i korridorerna stämmer inte på S:t Görans.

Eftersom S:t Görans ingår i Capiokoncernen, som bedriver sjukvård i åtta länder, har sjukhuset tillgång till ny internationell kunskap på ett sätt som saknas inom den offentliga vården, vilken är strikt nationell till sin natur. Ett företag som Capio öppnar dörrar mellan enheter i olika länder och stimulerar samverkan över nationsgränserna vilket innebär att man snabbare kan tillgodogöra sig nya rön. Det är en aspekt som blir allt viktigare med tanke på den snabba medicinska utvecklingen.

OFFENTLIG DRIFT GER INTE HÖGRE MORAL

En vanlig kritik mot marknad och vinst i vården är att olika patienter eller patientgrupper blir olika värderade beroende på hur lönsamma de är. Bara tanken att det skulle kunna vara så gör många mycket negativt inställda till vinstintresse i vården. Och om det vore sant skulle det finnas anledning till kritik. Men är det så? Kritikerna betraktar sällan verkligheten så som den ser ut på sjukhusens avdelningar och kliniker, utan nöjer sig med svepande anklagelser.

Patienter är olika lönsamma, redan när landstinget betalar och landstingets egna sjukhus utför vården. Förklaringen är att även vårdproducenterna i offentlig regi får olika betalt för olika diagnoser. Behandling av vissa sjukdomar ger mer betalt än andra eftersom de beräknas förbruka olika mycket resurser. Prislappen för olika behandlingar fastställs i landstingets eget ersättnings-system, som räknas fram med hjälp av så kallade DRG-poäng.

Men behandlingar rationaliseras och utvecklas i olika takt, vilket gör att det alltid uppstår mer vinster, eller överskott, på att behandla vissa diagnoser än andra. Vinstdrivande aktiebolag tillför, i denna mening, inget nytt fenomen i vården. Lönsamhet är en faktor som påverkar i vården även utan börsnoterade företag.

Om ett sjukhus anger en felaktig kod i sin DRG-klassificering för vårdersättning kan det fuska sig till högre ersättning från landstinget för sitt arbete. Rykten har cirkulerat om att privata vårdgivare skulle missbruka systemet. Man kan fråga sig varför sådana misstankar riktas mot kommersiella företag, men inte mot offentliga enheter som finansieras av samma system. Fusk är lika lönsamt eller olönsamt för dem. Det är inte svårt att dra slutsatsen att misstan-

karna bygger på fördomar mot vinstdrivande företag. De förutsätts ha lägre moral än offentliga organisationer. Men är det så?

I slutrapporten "Granskning av klassificering av sjukdomar i Stockholms läns landsting" (oktober 2002) visar landstingsrevisorerna att S:t Görans Sjukhus AB har betydligt färre briser i sin redovisning än landstingets egna sjukhus. Av de slumpvis utvalda patientjournaler som har granskats framgår att Karolinska sjukhuset, Huddinge sjukhus med flera landstingsdrivna sjukhus, gjort "större fel" i klassificering av huvuddiagnos i 41 procent av fallen, och fått "påpekande" om bidiagnos i 68 procent av fallen. S:t Görans Sjukhus AB har gjort motsvarande fel i 30 respektive 26 procent av fallen. Det privata sjukhuset tycks, i skarp kontrast till de fördomar som florerar, redovisa ett mer korrekt underlag för sina ersättningsanspråk från landstinget än landstingets egna enheter.

Revisionsrapporten är ett exempel på att girighet inte är något som utmärker kommersiella företag jämfört med offentlig verksamhet. Moral avgörs förmodligen mer av vilken typ av ledarskap en arbetsplats präglas av, än om verksamheten drivs med lönsamhetskrav.

MARKNADENS OCH POLITIKERNAS DRIVKRAFT

Dessutom bör man, när de svårast sjuka patienternas villkor diskuteras, studera skillnaden i incitament som marknaden respektive politisk planstyrning skapar.

Märkligt nog tas det för givet att marknadsmekanismer med automatik innebär ett hot mot de svårast sjuka och mest utsatta patienterna. Något sådant hot kommer aldrig på tal i politiskt styrda system, där politiker ska prioritera åt folket.

Men faktum är att sjukvården utför såväl enkla och billiga behandlingar som avancerade och dyra sådana. För ett sjukhus som verkar på marknaden finns den största potentialen till överskott i den senare kategorin. Förklaringen är att svårare fall drar större resurser och kräver högre kompetens. Omsättningen blir större och därmed möjligheterna att rationalisera. Därför blir svårare fall viktiga för marknadsorienterade vårdorganisationer.

Inom politiskt styrda organisationer är det tvärtom. De mer komplicerade patienterna är få men dyra. Patienter med lindriga krämpor är många och billiga. Här finns ett starkt och oavvisligt incitament för politiker, vars makt och framgång bygger på antal röster i allmänna val, att satsa mer på den vård som är billig och kan göra många nöjda, än på avancerad vård som är dyr och endast kommer mycket få individer till del.

Marknadskrafterna dras till de svåra fallen där pengarna och utvecklingspotentialen finns, medan politikerna dras till de många lindrigare fallen där rösterna finns. Resonemanget gäller givetvis enbart för den vård som finansieras med skattemedel, men det är ju om just denna sjukvård debatten handlar.

Vem är de svårast sjuka patienternas bästa vän, egentligen?

4. Ekonomisk ineffektivitet

Inför valet 2002 gav socialdemokraterna i Stockholms läns landsting ut rapporten "Allemansrätt eller rikemansrätt?" I den drar man slutsatsen att kostnaderna ökar i privat regi jämfört med offentlig regi:

Erfarenheterna från Stockholms läns landsting visar att privat vård inte automatiskt blir billigare än landstingsdriven vård ... I praktiken torde det vara klart att privatiseringarna ofta "sockras" med erbjudanden om bättre villkor för att upplevas som intressanta och positiva av berörd personal.

Man framför den något förvånande anklagelsen att privata vårdgivare inte är billigare än landstingsdrift eftersom man ger vårdpersonalen bättre löner och arbetsmiljö. Frågan är om bättre arbetsvillkor ska betraktas som en belastning för vinstdrivande vårdföretag. Anklagelsen om dyrare drift stämmer däremot illa med S:t Görans.

Som vi tidigare har sett gör S:t Görans Sjukhus fler insatser per sängplats, och man behandlar fler patienter per läkare. Ändå är patienterna nöjda. Effektiviteten beror inte på att man stressar, springer mer i korridorerna eller nonchalerar patienter. Effektiviteten beror på att arbetet organiseras bättre, med noggranna kvalitetsutvärderingar och smidiga beslutsvägar.

Resultatet blir att patienterna får hög kvalitet på kortare tid, något patienterna uppskattar. Informationen till patienterna, och deras delaktighet i vårdprocessen, betraktas som en del av läkeprocessen. Patienterna involveras. Det ger patienten ökad trygghet och underlättar vårdarbetet. Vem vill vara på sjukhus längre än nödvändigt?

En orsak till att ett privatägt sjukhus hårdare fokuserar på att få dessa båda sammanfallande intressen – patientens trygghet och vårdens effektivitet – att fungera är att sjukhuset inte, på samma sätt som landstingsdrivna sjukhus, kan räkna med att landstinget ska kasta in extraanslag om man inte klarar sin budget.

Med ett tydligt ansvar blir kraven på att finna vägar till effektivare vård helt avgörande för verksamhetens framtid. Och effektivitet ligger inte i att springa fortare i korridorerna. Det är snarare ett tecken på ineffektivitet. Effektivitet ligger i att systematiskt utföra ett högkvalitativt arbete som gör patienten trygg. Och det är då patienten snabbare känner sig mogen att åka hem.

Det är i takt med att S:t Görans utvecklat omhändertagandet av patienterna som vårdtiden har kunnat kortas. Ju tryggare patienterna känner sig, desto snabbare klarar de konvalescensen. Med andra ord: ju tryggare patienterna är, desto effektivare och mer produktiv är sjukvården.

Förmågan att smälta samman dessa båda faktorer är en viktig förklaring till att S:t Görans kan sänka det pris som landstinget betalar för vården med 10 procent.

ALLT BÄTTRE ARBETSMILJÖ

Med patienterna i fokus skapas också en bättre arbetsmiljö för personalen. Arbetet blir mer meningsfullt när man kan ägna sig åt patienterna i stället för att springa omkring med blanketter och mellan sammanträden.

Medan sjukskrivningarna i landet ökar i rasande fart, inte minst bland anställda inom den landstingsdrivna sjukvården, går S:t Görans Sjukhus åt andra hållet. Första halvåret 2002 hade antalet sjukdagar per årsanställd sjuksköterska minskat till 18,6 på helårsbasis, vilket kan jämföras med 23,5 under 2001. För undersköterskor och vårdbiträden var motsvarande siffror 22,6 dagar år 2002 mot 29,9 dagar år 2001. För läkarna: 6,2 sjukdagar på årsbasis 2002 mot 9,0 under 2001.

Den låga sjukfrånvaron under ett enstaka halvår kan givetvis vara en tillfällighet. Men om vi tar del av de personalenkäter som sjukhuset har genomfört, finns det skäl att tro att mer än tillfälligheter ligger bakom den lägre sjukfrånvaron.

Vid kartläggningen av medarbetarnas uppfattning av arbetsmiljön använder man en vetenskapligt baserad och väl utprovad enkät som benämns QWC (*Quality, Work, Competence*) och är utarbetad av professor Bengt Arnetz vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet. Enkäten syftar till att mäta mjuka värden som påverkar upplevelsen av arbetssituationen och trivseln.

Personalenkäten 2001 gav bättre värden än den som genomfördes 1998. Svarefrekvensen var 59 procent, vilket är statistiskt acceptabelt.

Sjukhusets personal ger därmed sin nya arbetsgivare, det börsnoterade företaget Capio, högre betyg än den förra arbetsgivaren, som var Stockholms läns landsting.

Störst förbättring i arbetsmiljön har enligt personalen skett inom området socialt klimat (det vill säga upplevelse av arbetsklimat, trivsel, sammanhållning). Medarbetarna har också en mer positiv syn när det gäller psykisk energi (frånvaro av stressymtom), återkoppling från chef och delaktighet (inflytande över arbetssituation), lärande i arbetet, ledarskap och effektivitet (rätt planering och resursanvändning), arbetsrelaterad utmattning, arbetstakt, kompetens och intern kommunikation.

På två områden av 15 ger personalen något sämre betyg: målkvalitet och medarbetarskap. Men i jämförelse med andra sjukhus får S:t Göran ett mycket gott resultat och ligger 5 procentenheter över andra arbetsplatser i det sammanvägda "dynamiska fokustalet".

Med tanke på att det är personalens syn på sin egen arbetsplats som presenteras är siffrorna förvånansvärt positiva för att vara inom svensk sjukvård. Ger de verkligen en korrekt bild av S:t Görans Sjukhus som arbetsplats?

– Ja, säger operationssjuksköterskan och fackliga ombudet Christina Gerdin. Den ger en bra bild. Svarefrekvensen är normal, men man kan ju inte låta bli att undra varför en del inte svarat.

FÅR SKATT BLI TILL VINST?

En annan, och tuffare, värdeladdad misstanke om ekonomisk ineffektivitet skymtade vi redan i det inledande citatet av statsministern: "Pengar ska gå till vård, inte till vinst."

Eller som Kommunals Elisabeth Brolin uttrycker det: "Det är svårt att förklara hur skattepengar kan bli vinst för aktieägare. Det finns en djupt rotad uppfattning om att dina och mina skattepengar inte får bli vinst för någon annan."

Här finns en svår pedagogisk uppgift, förmodligen lika svår som att förklara varför det som kallas gräddfiler egentligen är en metod att öppna fler dörrar in i vården och korta köerna för alla. Vinst är knuten till grundläggande uppfattningar om ekonomi och människosyn. Om man tror att människor påverkas positivt av belöningar, eller om man tror att belöningar betyder negativa effekter i form av utslagning och stress.

Vid ett seminarium på S:t Görans Sjukhus i december 2002 illustrerades detta väl av den nyvalde ordföranden för sjukvårdsnämnden i Göteborg, Caterina Franceschi (s). Hon berättade att tre vårdcentraler i hemstaden har privatiserats och tyckte det var "skrämmande" att de blivit mycket mer produktiva i privat regi än när de var kommunala, trots att det var samma personal som arbetade på vårdcentralerna. Seminariets moderator undrade om hon sa rätt: "Du menar att det är glädjande?"

Nej, det är skrämmande! Samma personal blev mer produktiva i privat regi. Varför var dom inte det förut, när de var anställda av kommunen?!

Den som vägrar se effekterna av att personalen belönas – såväl ekonomiskt som genom eget ansvar, överblick och sammanhållning – kan alltid hävda att vinst innebär att resurser tas från vården. Den som däremot tror att stimulans av mänskliga drivkrafter kan ge mångdubbelt igen, har lättare att se vinst som den felande länken i dagens sjukvård; när strukturerna inte tillåts belöna hårt arbete, nytänkande och effektivitet fattas en mekanism som kan få en så personalintensiv verksamhet som sjukvård att fungera väl.

För dem som inte vill se de positiva effekter som vinst har på mänskliga drivkrafter, inte minst inom sjukvården, återstår bara ett alternativ – att kräva ökade resurser, större anslag och mer pengar till vården.

Vårdfacket har på senare tid tagit strid mot detta mantra. På en fråga om mer pengar hjälper sjukvården, svarar vårdförbundets ordförande Eva Fernvall på förbundets egen hemsida:

Mer pengar är bra men det löser inte problemen. Det ständiga talet om pengar förenklar dessutom debatten på ett olyckligt sätt. De som vill ge mer framställs som goda, de som vill vidta andra åtgärder betraktas som illvilliga ... Oavsett hur stora resurser vården tilldelas så kommer det alltid att kännas som om vi har för lite pengar eftersom det görs medicinska och tekniska framsteg hela tiden. Det känns angelägnare att diskutera hur vi använder de pengar vi

redan har. Det finns svarta hål som slukar obegripligt mycket slantar. Både organisationsstruktur och planering kan göras effektivare.

Vinst är inte en kostnad för sjukvården. Den är en belöning för personal och företag som höjer den medicinska kvaliteten, skapar större trygghet för patienten samtidigt som man förbrukar mindre ekonomiska resurser. Vinst är en motor för utveckling av ständigt effektivare och bättre metoder.

Den solidariska finansieringen behöver inte stå i strid med vinstintresset. Rätt utformade offentliga ersättningsystem kan dra nytta av de mänskliga drivkrafterna.

5. Förlorare

Medför privata akutsjukhus att de gamla och allvarligt sjuka förlorar? I studien av S:t Görans Sjukhus AB har det varit svårt att finna några förlorare. Betydligt lättare har det varit att finna vinnare.

De gamla och svårast sjuka:

- + köerna kortas för dem (eftersom försäkringspatienter träder ur kön),
- + resurserna ökar (försäkringspatienterna betalar dubbelt),
- + kvaliteten höjs (vinstintresset ger bättre organisation och högre kompetens och motivation hos personalen).

Vårdpersonal:

- + mångfald ger mer lyhörda arbetsgivare,
- + privata aktörer innebär högre status för vårddyrken.

Medicinsk utveckling:

- + närmare internationell samverkan inom företag med verksamhet i flera länder,
- + vinstintresset stimulerar utveckling av metoder och kvalitet särskilt för mer avancerad vård.

Landsting:

- + lägre kostnader för operationer och behandlingar,
- + mer vård för varje skattekrona.

Arbetsgivare:

- + med fler huvudmän och försäkringsmöjligheter kan personalen garanteras snabb vård för att vårddagaren ska kunna återgå till produktivt arbete.

Sjukskrivna:

- + med fler huvudmän och försäkringsmöjligheter kan sjukskrivna räkna med att snabbare bli friska.

Försäkringskassor:

- + när sjukskrivna snabbare kommer tillbaka i arbete minskar sjukförsäkringens kostnader.

Statskassan:

- + när färre medborgare är sjukskrivna minskar statens kostnader, resurser som kan användas till andra reformer eller sänkt skattetryck.

Ålders- och förtidspensionärer:

- + när fler i den yrkesverksamma delen av befolkningen är i arbete ökar tillväxten och därmed välståndet, vilket ger högre pensioner.

De gamla och sjuka är de allra största vinnarna. Genom vinstintresse och fler finansärer av vården, kommer de snabbare fram i den skattefinansierade kön. Dessutom ökar möjligheterna för höjda pensioner.

Kan man inte finna några förlorare alls på att S:t Görans drivs privat och med vinstintresse? Svaret blir – nej. Om man till förlorarna inte räknar politiker, journalister och opinionsbildare som argumenterar för en strikt, för att inte säga rigid, tolkning av jämlikheten. När man tillämpar den på sjukvårdens vardag på S:t Görans Sjukhus framstår deras ideologiska strid som en kamp mot väderkvarnar.

Slutord

Det finns en intressant skillnad i tonläge mellan vårdsektorns fackliga företrädare, såväl inom LO, TCO som SACO, och de vänsterpolitiker som har ansvaret i de flesta landsting, i riksdag och regering.

– Det är OK med vinst, om det inte går ut över verksamheten, säger Elisabeth Brolin, enhetschef på Kommunalarbetarförbundet inom LO. I diskussioner om vinst finns de historiska bilderna i mångas tankar. Man minns motsättningarna med kapitalister i en förgången tid. I dag handlar det om något annat. Vi som fackförbund vill skapa goda villkor i vården och då kan vinst vara en fördel, lika väl som en nackdel. Det beror på hur det sker, summerar Brolin.

Kommunals lokala företrädare på S:t Görans Sjukhus håller med.

– Privat eller offentligt är inte det avgörande, men verksamheten ska vara seriös och långsiktig, säger Kevin Thompson, undersköterska på sjukhuset. Privat vård ska inte utföras i stället för offentlig, utan vara en del av den offentliga sjukvården. Privata företag kan dra in kapital till den offentliga sektorn, anser han.

Det är svårt att inte spekulera i att skillnaden mellan fackföreträdare och vänsterpolitiker bygger på att fackföreträdarna har nära kontakt med verkligheten så som den ser ut på S:t Göran och i många andra vårdföretag, medan politiker lever så långt från vardagen i vården att de mer styrs av gamla ideologiskt färgade fördomar som saknar grund i verkligheten.

Om omsorgen om de gamla och sjuka står i centrum är det kanske dags att kasta gamla skygglappar och se vilka lösningar som faktiskt har mycket att ge i strävan att förbättra sjukvården. Då skulle vinstintresse och lönsamhetskrav snart vara lika okontroversiella inom svensk sjukvård som inom andra livsviktiga verksamheter.

Referenser

S:t Görans Sjukhus, hemsida: <www.stgoran.se>.

Capio årsredovisning 2000. Göteborg: Capio AB, 2002, se <www.capio.se> under "Koncernen" och "Rapporter."

"Kvalitetsredovisning 2001." Stockholm: S:t Görans Sjukhus, 2002.

"Patientenkäten 2001." Stockholm: S:t Görans Sjukhus, 2001.

"Personalkäten QWC." Stockholm: S:t Görans Sjukhus, 2001.

"S:t Göran i ord och bild : en presentation av sjukhuset 2002/2003." Stockholm: S:t Görans Sjukhus, 2002.

Stockholms läns landsting, hemsida: <www.sll.se>.

"Aktieöverlåtelseavtal mellan Stockholms läns landsting och AB Bure." Stockholm: Stockholms läns landsting, 1999.

"Samarbetsavtal mellan Stockholms läns landsting och S:t Görans Sjukhus AB." Stockholm: Stockholms läns landsting, 1999.

"Överenskommelse om förlängt avtal mellan Stockholms läns landsting och Capio." Stockholm: Stockholms läns landsting, 2000.

Landstingsrevisorerna, "Uppföljning och granskning av S:t Görans Sjukhus." Stockholm: Stockholms läns landsting, 2001.

"Granskning av klassifisering av sjukdomar och åtgärder i SLL år 2001–2002 : slutrapport okt 2002." Stockholm: Stockholms läns landsting (Lk-Vårdersättningar : slutrapport).

"Sjuksköterskors attityder." Enkätundersökning. Stockholm: Ipsos-Eureka, 2002.

Statistisk årsbok för Sverige 2003. Stockholm: SCB, 2003.

Vinst för vården : idébetänkande från utredningen Vårdens ägarformer. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer (SOU 2002:31), 2002.

"Yttrande över idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31)." Göteborg: Capio, 2002, se <www.capio.se>.

Vårdförbundets remissyttrande över SOU 2002:31, *Vinst för vården*. Stockholm: Vårdförbundet, 2002.

"Vårdförbundets värderingsdialog 2002." Stockholm: Vårdförbundet, 2002, se <www.vardforbundet.se> under "Om Vårdförbundet" och "Organisation" och "Undersökningar".

Erixon, Dick, *Maktspelet i vården*. Stockholm: Centrum för välfärd efter välfärdsstaten, CVV, 1999.

Fernvall, Eva, "Vi har lösningen på vårdkrisen." Annonssbilaga i *Aftonbladet* 7 juli 2002.

Fölster, Stefan, Kahlström, Ola & Morin, Anders, "Ökad konkurrens för kortare köer : recept för sjukvården?" Stockholm: Svenskt Näringsliv, 2002.

Isaksson, Lars, Anförande vid Landstingsförbundets kongress i Västerås 12 juni 2002. Stockholm: Landstingsförbundet, 2002.

"Johansson, Kenneth: Låt riksdagens revisorer granska försäkringskassan." Pressmeddelande 3 jan 2003 från centerpartiet, se <www.centerpartiet.se/-templates/ListArtikel.asp?ID=20864>.

Rawls, John, *A theory of justice*. Oxford: Oxford Univ Press, 1972.

Söderström, Lars & Lundbäck, Mattias, *Vinsten som drivkraft*. Stockholm: Industriförbundet, 2000.

"Förfärande följder av lång väntan på operation", i *Ekot* 18 dec 2002.

"Hearing om besparingar i Gävle", i *Överläkaren* nr 2, 2000.

"Persson oense med Feldt om privatsjukhus." *TT-meddelande* 21 okt 1999.

"Privata gräddfiler stoppas i vården", i *DN* 28 mars 2002.

"Socialministern hotar rättvis vård", i *Expressen* 12 sept 2002.

"Vård enbart för de friska och lönsamma?" i Uppdrag Granskning, SvT 26 mars 2002.

"Ågandet måste vara långsiktigt", i *Friskare sjukvård*. Göteborg: Capio, 2002.