

Sjukvårdens kulturrevolution

Sjukvårdens kulturrevolution
Den Stora Upphandlingen
– visioner och förberedelser
Johan Hjertqvist

Timbro/CVV

Timbro/CVV

Sjukvård i förändring, rapport 1

© FÖRFATTAREN OCH AB TIMBRO 2000

DESIGN OCH GRAFISK FORM: JONAS STRÖM, SILVER

SÄTTNING: ATELJÉ TYPSNITTET AB

TRYCK: ELANDERS GOTAB, STOCKHOLM 2000

ISBN 91-7566-482-8

ISSN 1404-3033. NR 17

TEL 08-587 898 00

FAX 08-587 898 50

www.cvv.nu

info@cvv.nu

INNEHÅLL

1. INLEDNING 7
2. SLUTET PÅ BÖRJAN 13
3. DEN LÅNGA RESAN 43
4. DRIVANDE VISIONER 79
5. "FÖR 20 MILJARDER AKUTSJUKVÅRD, TACK!" 95
6. AVKNOPPARE OCH BÖRSFÖRETAG 115
7. PATIENTEN – PÅ VÄG UT UR SKUGGAN 133
8. SLÄPP POLITIKEN, RÄDDA IDÉERNA 155

1. Inledning

Det pågår en revolution i Stockholms läns landsting.

Redan ordet landsting andas propositionsordningar och befattningsbeskrivningar. Knappast någon revolutionär miljö. Här syns inga barrikader och strejker. Och när revolutionen dessutom sker på uppdrag av den borgerliga landstingsmajoriteten blir det ännu intressantare.

Det gäller hälso- och sjukvården för de nära två miljoner människor som bor i huvudstadsregionen. Under mandatperioden 1998–2002 avser den borgerliga majoriteten att genomdriva radikala förändringar.

Landstingets politiska uppgift skall renodlas till att företräda medborgarna. På deras vägnar skall landstinget köpa in erforderlig vård. Den skall levereras av en mängd små och stora vårdföretag, som arbetar på landstingets uppdrag. Alla producenter, även de vårdenheter som förblir i landstingets ägo, skall konkurrera om dessa uppdrag. Sjukhus blir aktiebolag, ägda av privata företag eller av landstinget. Medarbetarna i den landstingsägda vården stimuleras att starta eget och överta driften av sin arbetsplats.

Början 1991

Konkurrensutsättningen av sjukvården inleddes redan 1991. Då bedrevs 7 procent av sjukvården i Stockholmsområdet av privatägda producenter, främst privatpraktiserande läkare. År 2002 beräknas den andelen ha ökat till

25 procent. Och då kommer vårdföretag att dominera den privatproducerade andelen.

Det rör sig alltså om en långsiktig utveckling. Det som nu mer konkret drar till sig uppmärksamhet är vad som inom landstinget kallas Den Stora Upphandlingen 2003 (DSU 2003).

Den innebär att akutsjukvård för cirka tio miljarder kronor skall upphandlas i en samlad process. De nya avtalen skall träda i kraft 2003, därav namnet. Parallellt pågår inom primärvården redan upphandling i konkurrens, samt avknoppning av vårdenheter till medarbetarna. Uppskattningsvis 15 000 av landstingets nuvarande medarbetare erbjuds härigenom att bli vårdföretagare.

När all sjukvård väl har konkurrensutsatts skall den i fortsättningen upphandlas i återkommande processer.

Den bästa producenten skall få uppdraget, sådan är avsikten. Finansieringen av sjukvården förblir dock en uppgift för landstinget. En stor politisk majoritet vill bevara dagens system, med landstingskatten som bas. Samtidigt tycks få politiker och tjänstemän tro att dagens finansiering kommer att hålla mer än några år till . . .

”Marknadisering”

Det är med andra ord en väldig decentralisering eller ”marknadisering” som avtecknar sig. Omfattningen framgår av att sjukvård och tandvård i huvudstadsregionen i år omsätter cirka 26 miljarder kronor.

Tävlan mellan många producenter om att få uppdrag skall utveckla vårdkvalitet och service till kunder/patienter. Konkurrensen skall tvinga varje vårdorganisation, från det landstingsägda sjukhusbolaget till den personalägda barnvårdscentralen, att bli effektiv. Det är i sin tur detta tryck som skall platta ut vårdens gamla hierarkier, släppa loss medarbetarnas engagemang, sätta kunden/patienten i fokus och inrikta hela arbetet på att – som varje annat modernt serviceföretag – leverera ”mervärde”. Och då talar vi inte marxistisk värdeteori utan om extra kvalitet, bättre bemötande, vårdkedjor utan avbrott.

Unikt

Varken i Sverige eller andra länder finns motsvarigheter. Visst prövas världen runt nya organisationer och arbetsformer för sjukvården – förändring av vårdorganisationer torde vara en av världens större konsultmarknader. Men utgångspunkterna är annorlunda i Sverige.

Vår helt dominerande offentliga finansiering, styrning och ägande av sjukvården gör jämförelser svåra. I de flesta länder finns av tradition långt mindre homogena strukturer, med flera finansieringskällor, beställare och producenter.

Följaktligen saknas internationella erfarenheter och "handböcker" för hur förändringsprocessen skall drivas i Stockholms län. DSU-projektet måste utformas utan förlagor. Redan detta förhållande gör konkurrensutsättningen till ett riskprojekt. Vår lagstiftning kring offentlig upphandling är motspänstig, landstingets ekonomi vacklande och hela framdriften sannolikt mer komplicerad än man först tänkt sig.

Ambitionen och tillvägagångssättet gör projektet unikt. Konkurrensutsättningen speglar samtidigt en större samhällsförändring, med starkare medborgare/kunder och producenter av alla slags tjänster som blir alltmer lyhörda för marknadens krav. Valmöjligheter och konkurrens uppmärksammas allt tydligare som förändringsmotor inom varje stor tjänsteindustri.

Spegla förändringen

Det faller sig naturligt att Centrum för välfärd efter välfärdsstaten (CVV) intresserar sig för det stora förändringsarbete som nu tar form i Stockholms läns landsting. Här prövas i ett sammanhang en rad idéer om politikens reformering, välfärdsproduktionens utveckling och drivkrafter för medarbetarna.

Såväl framgång som motgång för detta stora experiment kan ge betydelsefulla kunskaper och erfarenheter.

CVV:s projekt *Sjukvård i förändring* vill spegla denna fleråriga process, och framför allt resultatet. För det är ju trots allt denna diskussionen borde handla om när det gäller förändringsarbete i sjukvården: hur kan det bli bättre för den som är sjuk och svag och behöver vård? Finns det lösningar som på denna punkt framstår som överlägsna?

Detta är inget forskningsprojekt i vedertagen bemärkelse. Vi vill helt enkelt beskriva och diskutera ett viktigt skeende i vår samtid.

Vi har ingen fastställd metod annat än att aktivt och ifrågasättande spegla och analysera förloppet 2000–2003 på dess olika plan och arenor. Vår grundinställning är att mångfald och kundfokus kan göra sjukvården bättre – men också att enkla slagord och ”modeller” kan göra mer skada än nytta. Vi har ingen förutfattad mening om mål och metod.

Det främsta motivet för att driva *Sjukvård i förändring* på ett flexibelt sätt är dock att utformningen av DSU 2003 – ännu ett par månader innan startskottet skall gå – inte är fastlagd. Processen kommer av allt att döma att löpande behöva justeras och omprövas i sin praktiska utformning. Det är t ex fullt möjligt att upphandlingen kommer att ta längre tid än som nu anges, eller att inriktningen omdefinieras. Det framstår också som den enda förnuftiga vägen att arbeta – hela DSU-ansatsen är ju uttryck för att planhus-hållningens tid är förbi.

En intervjuad entreprenör talar om upphandlingsprocessen som att ”måla ett hus under byggnad”. När materien är så osäker är det klokt att varje betraktare har beredskap för att objektet flyttar sig. Vi kommer att kunna anpassa oss.

Flerårig tidtabell

Enligt den tidtabell som gäller i oktober år 2000 skall politikerna i landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) före årets slut slå fast vilka objekt som skall ingå i DSU. Under våren 2001 skall villkoren för upphandlingen preciseras i form av sk förfrågningsunderlag och anbudsgivare beskriva sina erbjudanden.

I början av 2002 skall HSN besluta om vilka som från och med 2003 skall anlitas som leverantörer.

Om HSN får bestämma hösten 2000 skall DSU ske i två etapper med ett års mellanrum. I så fall skulle hela akutsjukvården vara upphandlad vid årsskiftet 2003/2004.

Fokus på visioner

Denna vår första rapport inriktas på att dels redovisa bakgrunden till DSU och marknadstänkandet, dels vilka förväntningar – och farhågor – som driver projektet. Det är nu, åtminstone i teorin, som visioner om framtidens goda sjukvård skall omvandlas till förfrågningsunderlagets landstingsprosa.

I vår första rapport blir det framför allt sjukvårdens politiker som kommer till tals. De svarar ju för framtidsbilderna och formulerar via politiska mål sina förväntningar på konkurrensutsättningen. Bilden av entreprenörer och patienter är också betydelsefull.

Detta är uppmarschen. Om DSU:s tidtabell håller avser vi att hösten 2001 i en andra rapport granska huruvida landstingets beställningar öppnar för nytänkande och bättre effektivitet. Här kommer också sjukvårdsapparaters många tjänstemannastaber till tals. Vi skall försöka bedöma om de av alla efterlysta kreativa uppdragsbeskrivningarna har blivit verklighet eller stannat på ritbordet.

Och 2002 blir det naturligt att i en tredje rapport undersöka om ingångna överenskommelser med olika producenter lever upp till förväntningarna. Har entreprenörer och landstingsägda vårdenheter kunnat svara med kreativitet, nya grepp och kanske även lägre kostnader? Som det nu ser ut kommer vårt fokus då att bli matchningen mellan beställare och utförare.

Vad blev resultatet?

I det som bör bli slutrapport för *Sjukvård i förändring* avser vi 2003 (eller 2004) att summera resultaten av DSU och landstingets avknoppning. Kan vi nu urskilja framtidens sjukvård i Stockholmsregionen?

Tycks verkligheten vara på väg att motsvara de förväntningar som hösten 2000 myntades av folkvalda, entreprenörer och patientföreträdare? Har sjukvården blivit bättre för "slutkunderna"? Och vilka följder i övrigt har "systemsiftet" fått för den politiska makten, patienterna, producenterna och medarbetarna i sjukvården? Hur har samhällsdebatten påverkats?

Våra rapporter kommer att presenteras via seminarier och Internet på <http://www.cvv.nu>. Vi räknar med att efterhand bygga nätverk och referensgrupper. Är du intresserad att medverka i *Sjukvård i förändring* – kontakta mig på nätadressen joan.hjertqvist@cvv.nu.

Stockholm i oktober 2000

Johan Hjertqvist

Projektledare

2. Slutet på början

Det är en stämning av skolavslutning i luften, trots att det denna dag snarare påbörjas något nytt än avslutas något gammalt. Eftermiddagssolen skiner och koltrastar flöjtjar från Söders hustak när aulan börjar fyllas högst upp i Landstingsförbundets hus vid Slussen i Stockholm.

Det är den 20 juni år 2000, tre dagar före midsommar. I dag skall tackelset falla.

I aulans halvdunkel samlas toppen av den pyramid som traditionellt har utgjort hälso- och sjukvården i Stockholms län. Här finns landstingets chefer, från den en gång så mäktiga Hälso- och sjukvårdsnämnden och från de sex sjukvårdsområden som är tänkta att ge en lokal förankring åt sjukvården. Dessa beställare, som de numera kallas, är talrika medan landstingets egna producenter företräds av bara ett par chefer.

I gengäld vimlar desto fler av sjukvårdens privata producenter i korridorer och sammanträdesrum. För första gången släpps dessa entreprenörer in i de fina salongerna.

Dagens evenemang har döpts till *Idéforum* och skall fungera som mötesplats mellan beställare och utförare.

Något har hänt

Sammankomsten illustrerar utvecklingen av sjukvården i huvudstadsregionen. Beställares och utförares skilda roller håller på att mejslas ut. Den landstingsägda vårdapparaten krymper. Kontrakterade, privatägda vårdgivare växer snabbt i antal. Och ändå är detta av allt att döma bara början.

Som för att understryka det nya rollspelet saknas sjukvårdspolitikerna helt på inbjudningslistan. De skall i den nya konkurrensmiljön dra upp riktlinjerna och formulera uppdraget, sedan är det beställarkansliernas tjänstemän som praktiskt skall formera samarbetet med olika slags vårdgivare. I processens slutända återkommer politikerna för att utvärdera om de – eller snarare deras uppdragsgivare – har fått valuta för pengarna.

Lars-Bertil Arvidsson står som inbjudare. Han är chef för Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) kansli och landstingets främste tjänsteman för sjukvårdsfrågor. Denna härliga junieftermiddag har han med blandade känslor begivit sig från sitt kansli på Sabbatsbergs sjukhusområde till mötet i Landstingsförbundets hus.

Arvidsson är bara några månader gammal på posten som beställarchef. Egentligen är han biträdande sjukvårdsdirektör, men har blivit nummer ett i organisationen efter att hans tidigare chef, Christer Andersson, under våren plötsligt lämnat sin post.

Sitter löst

Chefer i den svenska sjukvården sitter löst. Oklara förväntningar från otydliga och ofta inkompetenta ägare bäddar för konflikter. Motstridiga krav på besparingar, som helst inte skall märkas gentemot patienterna, går ut över cheferna. I formellt decentraliserade och reellt tröttkörda sjukvårdsorganisationer har ofta beskedet från ägarna varit: "Gör som du vill, men gör du fel får du sparken."

De nya, tydligare ansvarsförhållandena skall råda bot också på detta problem. En headhunter är sedan en tid verksam med uppgiften att vaska fram en ny kandidat efter Christer Andersson.

På sensommaren återkommer konsulten och frågar landstingsråden rakt på sak om en ny chef skulle få fria händer att ändra beställarorganisationen efter sitt tycke. Då svaret blir nej råder han landstingsledningen att internrekrytera, "det finns ingen extern kandidat som skulle ta uppdraget på de här villkoren".

Bollen går till Lars-Bertil Arvidsson som efter viss betänketid tackar ja. På landstingets hemsida den 9 september meddelas: "Skärgårdsdoktorn ny chef för sjukvården." Arvidsson har nämligen ett förflutet som husläkare på Dalarö.

Viktigt avstamp

Fem minuter över fyra på eftermiddagen den 20 juni äskar Lars-Bertil Arvidsson tystnad för att välkomna de 100 deltagarna i aulan. Nu förväntas att han skall sprida den vision och ge de besked som krävs för att en av de största och kanske mest betydelsefulla förändringarna i modern svensk förvaltningshistoria skall få ett lycklig avstamp.

När han tar till orda vet han att deltagarna vet att svensk sjukvård lider av förändringströtthet. I våg efter våg har – framför allt de senaste 30 åren – reformer, omstruktureringar och strategiskiften sköljt över medarbetarna. Varje gång har stora och helbrägdagörande resultat utlovats, bara för att efter kort tid ofta utmynna i besvikelse och desillusion.

Stockholms läns landsting (SLL) utgör inget undantag. Snarare tvärtom. Här har de senaste årtiondena demonstrerats en provkarta på nya strategier och ismer. Bara under 1990-talet har konkurrens hunnit avlösas av samverkan som i sin tur ersatts av konkurrensinriktning.

Nya produktivitets- och ersättningsfilosofier har prövats och sjukvårdens administrativa överbyggnad förändrats för varje mandatperiod. Verksamheter och medarbetare har avknoppats, landstingets ägarroll har plötsligt kommit i fokus och – som sagt – chefer på alla nivåer gått in i väggen eller fått sparken.

Mycket positivt

Förvisso har också mycket positivt hänt: ansvarsförhållandena har blivit tydligare, mer vård produceras för varje insatt krona, insikten om att kassan är begränsad har under 1990-talet ökat påtagligt.

Det är så här diskussionen om sjukvården har rullat på. Den som undrar vart patienten tagit vägen i denna svåröverskådliga förändring har fog för sin fråga. Vi får se om vi senare kan finna henne i de vanliga sjukvårdsdiskussionerna, men i Stockholms län och andra landsting saknas hon påfallande ofta. I stället är begrepp som DRG-poäng, organisationsstruktur och styrmedel desto vanligare.

Den administrativa överbyggnaden utövar en märklig lockelse. Medan sjukvård för den sjuka betyder möjlighet att bli frisk, eller åtminstone behandlad, rör diskussionen i vårdens många beslutsföra i hög grad organisationsteori och bevakning av maktpositioner.

Den Stora Upphandlingen

När denna junidag ytterligare en stor förändring skall säljas in måste pedagogiken fungera. Det gäller att göra troligt att detta inte är ytterligare en illa förankrad reform, utan Förändringen, som verkligen är början på något nytt. Annars riskerar visionen att inte orka lyfta, att bli kvar i vardagens grå töcken av provisorier, brandkårsutryckningar och halvhjärtade satsningar.

Det är ingen större hemlighet att det såväl i landstingets egen organisation som bland de privata producenterna finns en skepsis, ja hos många t o m misstro, mot den stora upphandlingsprocess för akutsjukvården som nu skall ta form.

Kommer det som HSN nu valt att kalla Den Stora Upphandlingen (DSU 2003 efter det år då de nya avtalen och relationerna skall börja gälla) att bli det stora lyftet för valmöjligheter, nya idéer och bättre vårdresultat?

Menar politikerna allvar den här gången? Kommer det att bli möjligt att skapa konkurrensneutrala, kvalitetsinriktade upphandlings- och avtalsformer? Hur skall fokus äntligen kunna riktas mot det som vårdens olika delar åstadkommer, mot resultatet snarare än detaljer och tillvägagångssätt?

Uppgivenhet och misstro

Den desillusionerade attityden "sluta nu med plågsamma förnyelseförsök och låt oss ägna oss åt hederlig sjukvård" är vanlig bland främst äldre läkare och chefer inom egenregion. Kommer den att kunna uppvägas av den otvetydiga entusiasmen som många yngre medarbetare och entreprenörer känner?

Lars-Bertil Arvidsson börjar OH-förevisningen. Hans uppgift är att beskriva visionen om hur huvudstadsregionens hälso- och sjukvård skall utvecklas de närmaste fem–tio åren. Utan den bakgrunden kommer följande resonemang att hänga i luften. Nu skall målen spikas upp på väggen.

Det är förväntansfullt tyst i den stora aulan. Precis som sekunderna innan rektor skall säga att nu är terminen slut och det härliga sommarlovet väntar.

Någon tuggar på ett äpple från en av korgarna ute i kafeterian; här är det folkhälsa och friskvård som gäller.

Trots luftkonditioneringen börjar det redan bli varmt i de välfyllda bänkraderna.

– Det här arbetet vilar på tre ben, inleder Lars-Bertil Arvidsson: målformulering, kunskapsuppbyggnad och teknik. De övergripande målen är politikernas sak – vi skall arbeta med de båda övriga punkterna.

En stund senare är han framme vid de politiska målformuleringar som landstingets borgerliga majoritet har lagt fast: hälso- och sjukvård i världsklass, till alla efter behov, värdig vård, rimlig tid för behandling samt valfrihet för patienten.

Det goda mötet

Dessförinnan har Arvidsson redovisat det som kan tolkas som ödesfrågan för DSU: hur blir det möjligt att skapa det goda mötet mellan patienten och vårdgivaren? Eller, med hans egna streckgubbar på OH-bilden:

– Hur upphandlar man engagemang, empati, förnyelse, utveckling?

DSU-processens fyra grundstenar handlar om starkare patient, starkare proffs i vården, starkare beställare och – eftersom någon måste maka på sig i denna maktförskjutning – minskad ägarstyrning (från landstinget).

Stärk patienten . . .

Hos auditoriet finns en nyfikenhet på upphandlingskatekesens uttolkning, ett slags DSU-processens "vad är det?".

– Landstinget måste göra sitt åtagande tydligt mot patienten, slår Arvidsson fast.

Redan nu finns en vårdgaranti som snart skall utvidgas. Därmed regleras längsta väntetid innan patienten skall få undersökning och behandling. En landstingshandbok som beskriver patientens rättigheter har nyligen publicerats. Alla räknar med att det för allmänhetens information kommer att krävas ett slags VDN-märkning av vården.

Det kanske kraftigaste redskapet för att stärka patientens ställning är att pengar för vårdinsatser följer med individen, i ett så kallat kundval. Det innebär att medborgaren kan gå till vilken av systemet godkänd vårdgivare som helst.

Nya bilder läggs på OH-projektorn.

. . . och proffsen

HSN vill vidare stärka "vårdens proffs" genom ökat personligt ansvar och nya driftformer. Sjukvårdens organisation måste moderniseras.

Alla åhörare vet att sjukvården inte kommer att klara rekryteringen av medarbetare om inget radikalt händer när det gäller hierarkier och revirtänkande. Kan DSU härvidlag bli en murbräcka?

– Det behövs bättre stödsystem för medarbetarna, säger Arvidsson och stryker fundersamt sitt skägg och tillägger: i dag är våra IT-system oftare till besvär än hjälp.

Känns igen

Också här känner många igen problembeskrivningen.

IT-systemens tillkortakommanden är legio, trots långvarigt och dyrbart utvecklingsarbete. Fortfarande år 2000 är det omöjligt för primärvårdens husläkare och distriktssköterskor att elektroniskt skicka journaler och remisser till sjukhusen. Följden blir väntetider, onödigt provtagning och osäkerhet i handläggningen. Svårigheten att överblicka aktuell information riskerar att leda till att medarbetarna inte vågar ge den mest ändamålsenliga behandlingen . . .

Den stärkta beställarrollen måste göras tydlig, säger Arvidsson, d v s att uppgift och ansvar mellan uppdragsgivaren/beställaren och uppdragstagaren/utföraren glasklart skiljs åt. Här krävs mycken ny kunskap om hur ändamålsenliga beställningar formuleras och incitament rätt utformas.

För att beställaruppgiften skall bli meningsfull krävs också en mängd producenter som kan kontrakteras.

– Det är bra att kunna utnyttja marknadssituationen , säger Arvidsson. Vi vill undvika att det uppstår karteller bland leverantörerna.

Risk för kartell?

Här rör han vid en av de frågor som de flesta i auditoriet ser som viktigast.

En "vårdmarknad" som domineras av de stora privatägda aktörerna Bure, Praktikertjänst och Carema, med litet utrymme för de många personalägda,

avknoppade vårdentreprenörerna, anses olycklig. Det skulle äventyra den politiska trovärdigheten i hela processen och förmodligen också begränsa möjligheten till kreativ förändring av hälso- och sjukvården.

Priskarteller och andra konkurrensbegränsningar är oroande perspektiv. Inom den kommunala äldreomsorgen har på många håll upphandlingar fått effekten att bara några få stora producenter finns kvar.

Landstingsledningen skulle hamna i en besvärlig situation om det visade sig att avknoppade personalägda vårdföretag slogs ut eller sögs upp av stora vårdföretag.

Kringskurna politiker

Men med den beställar–utförar-organisation som sedan 1999 tillämpas i Stockholms läns landsting (SLL) avhänder sig politikerna möjligheten att konkret ingripa om utgången av DSU skulle bli en koncentration till de stora, mest professionella vårdgivarna.

Ägaren landstinget har återgått till att styra med övergripande mål och via uppföljning av resultat. Det gäller i hög grad den konkurrensutsatta delen av sjukvården men även de verksamheter som fortfarande ägs och drivs i förvaltningsform av SLL.

Försommaren 2000 har Huddinge universitetssjukhus, S:t Eriks ögonsjukhus och hela folktandvården hunnit omvandlas till landstingsägda aktieföretag. Danderyds sjukhus är på väg och i vågen därefter, 2001, skall Karolinska och Södersjukhuset komma.

Så är det i alla fall tänkt. Men det förutsätter att bolagiseringskandidaterna visar att de kan hålla sin budget. De första delårsboksluten för de stora sjukhusen är i antågande. Kanske vet redan en och annan sjukhusdirektör att de kommer att visa röda siffror?

Försäljningen 1999 av S:t Görans sjukhus till Bure Vård och Hälsa AB (numera börsnoterat under namnet Capio AB) är den affär som har satt stenen

i rullning. Som vi senare kommer att se finns i det avtalet en klausul, som säger att S:t Görans sjukhus automatiskt skall få sitt uppdrag förlängt om inte de landstingsägda akutsjukhusen konkurrensutsätts.

Detta villkor betecknas av flera aktörer som en torped i skrovet på det gamla monopollet.

Knäckfrågor

Under OH-rubrikerna "Några problem" kommer Arvidsson in på knäckfrågorna för hela strategin av konkurrensutsättning och upphandling:

– Hur skall, frågar han, den valfrihet för patienten som är en grundpelare kunna förenas med kontroll av totalkostnaderna? Är det möjligt att via upphandling åstadkomma att akutsjukvårdens andel minskar?

Han säger det inte explicit, men i den mörka salongen vet alla att det föreligger en potentiell konflikt mellan de båda politiska målen "fritt val av vårdgivare" och "begränsning av kostnaderna". "Valfrihet kostar" är en vanlig inställning i sjukvårds-Sverige.

Och kan man i realiteten prioritera valfrihet när landstingets ekonomi snabbt försämras och årets underskott kan befaras bli två miljarder kronor?

Det är tunga frågor som aktualiseras lagom till semestern.

Tankar om det otänkbara

Några i salongen vet att HSN inom ett par dagar kommer att få politiska direktiv att undersöka om remisstvång kan införas i vissa fall, en diskussion som i den borgerliga majoritetens retorik hittills varit illa sedd.

I Stockholmsregionen skall medborgaren kunna vända sig direkt till en specialist, det är en viktig princip. Andra landsting laborerar med husläkare som "grindvakter", som först skall bedöma om primärvården kan klara att ta hand om patienten.

– Kan konkurrens och samarbetet förenas? lyder Arvidssons nästa fråga.

Hans eget svar är ja: "konkurrens vid upphandling – samarbete under driften."

Det är också politikernas förhoppning: att vårdföretagarna skall slåss om uppdragen vid anbudsgivningen, men sedan börja samarbeta och bilda nya former av nätverk och konsortier som berikar vården (men alltså utan att minska mångfald och valfrihet; balansgången blir inte enkel). Alla politiker säger sig vilja ha många små, spänstiga vårdföretag; det anses vara bra för valmöjligheter och nya grepp.

De landstingsföreträdare som har djupare kunskap om hur företag och marknader fungerar – och det är i sanningens namn inte särskilt många – anar samtidigt att vårdföretag måste vara ganska stora för att orka investera och ta de risker som konkurrensutsättningen förutsätter. Här ryms ännu en av "vårdmarknadens" paradoxer.

När Lars-Bertil Arvidsson säger att det "redan formeras nya allianser bland producenterna" sneglar många på varandra i det varma halvdunklet. Rykten går om samarbetstrevare och många tror sig veta att de stora aktörerna redan är på uppköpsstråt.

Avknoppare på rad

Landstingets avknopningsprogram slussar ut tjugotals nya entreprenörer på "marknaden", alla potentiella uppköps- och samarbetsobjekt.

För många av de nya vårdgivarna kan samarbete med något av de stora, etablerade företagen ge stabilitet och utvecklingsmöjligheter. Samtidigt finns oro för att stora skall manövrera ut små och att närmandet kan sluta som bönsyrsornas kärleksakt: att den mindre parten kvickt blir uppäten.

Förmodligen funderar också några av de närvarande sjukhusdirektörerna på hur de skall kunna stärka sitt sjukhus konkurrenskraft genom att knyta till sig några mindre specialistföretag. I övergången från förvaltning till marknad,

från politiserad administration till den "nya ekonomin", blir det mesta möjligt, åtminstone som idé.

Arvidsson rör sig fram och tillbaka i skenet från OH-projektorn och fortsätter beskriva utmaningarna:

– Kan långa avtal förenas med den snabba tekniska utvecklingen i sjukvården? Kan vi skapa förhållanden som liknar näringslivets där långsiktiga utvecklingssamarbeten gäller?

LOU skall gälla

Lite senare under eftermiddagen kommer Lars Block, Arvidssons högra hand och operativt ansvarig för DSU-processen, att tala om upphandlingsjuridik. Ty visionerna måste kunna klämmas in i formella ramar innan upphandlingskonkurrensen släpps loss.

Den för sjukvården så knöliga lagen om offentlig upphandling (LOU) omfattar även DSU. Så lyder HSN:s och landstingsjuristernas analys. Det innebär att den dynamiska, näringslivsliknande utvecklingsrelationen blir svår att åstadkomma.

Detta är vad landstingets sex sjukvårdsdirektörer tillsammans med SLL:s chefsjurist Stig Hellmers ett par månader tidigare kritiserade i en debattartikel i *Dagens Medicin*.

De pekade på att Sverige har valt att göra en mycket sträng juridisk tolkning av EU:s krav på att offentliga sjukvårdstjänster skall upphandlas i konkurrens, i de flesta andra medlemsländer ställs betydligt lägre legala krav på upphandlingens utformning. Den LOU-översyn som regeringen just genomfört har missat möjligheten att mjuka upp kraven, lyder kritiken.

Den svenska fyrkantigheten riskerar att motverka sitt syfte, är deras budskap. En dynamisk mångfald förutsätter flexiblare regler.

Sjukvården lär även i huvudstadsregionen under lång tid vara vad ekonomer kallar en pseudomarknad. Landstinget förblir den stora och i många fall enda löparen. Denna marknad styrs inte av vanliga spelregler.

Skulle SLL:s beställare välja att ta ut allt som går i form av sänkta priser blir konsekvensen förmodligen att många mindre, ekonomiskt svagare, producenter slås ut. Då kan man om några år inför nästa upphandlingsomgång upptäcka att bara de största producenterna finns kvar. Och vad blir då kvar av "marknad" och "konkurrens"?

Vill skjuta upp

Perspektivet oroar inte minst de politiker som vill ha ökad mångfald (och de utgör en stor majoritet i landstinget).

Artikeln i *Dagens Medicin*, som formellt riktas mot regering och riksdag, uppfattas på sina håll som ett sätt att mellan raderna förmå landstingsledningen att rucka på planeringen för DSU 2003. HSN-staben har också kort tid före Idéforums möte uppvaktat politikerna för att få skjuta upp hela DSU-processen ett år. Det finns ännu alltför många viktiga obesvarade frågor, är budskapet. Vi måste få mer tid på oss.

I den tanken har man gehör hos många producenter men inte hos politikererna. "Regeringschefen", finanslandstingsrådet Ralph Ledel (m) säger i stället som han brukar: "Kör så det ryker!"

Arvidsson säger till församlingen att det ändå finns möjlighet att justera tidtabellen om framkörningen skulle visa sig svår. Det troliga är att de stora uppdragsvolymerna när det gäller akutsjukvården kommer att delas upp i flera mindre sekvenser. Årskostnaden för den sjukvård som nu skall upphandlas är tio miljarder kronor.

Många obesvarade frågor

Landstingsledningen har valt – eller som vi kommer att se längre fram i rapporten – snarare halkat in på en strategi för DSU, där många grundläggande frågor är obesvarade ännu några månader innan HSN skall besluta om

principer och system för förfrågningsunderlagen till upphandlingen av akut-sjukvård.

Med den tidplan som gäller, ännu midsommarveckan år 2000, skall kravspecifikationen i form av förfrågningsunderlag läggas fast runt årsskiftet 2000/01.

Producenterna skall lämna in sina anbud till hösten 2001 varefter offerterna bedöms och förhandlas. Våren 2002 skall avtal skrivas om de uppdrag som skall träda i kraft den 1 januari 2003.

Parallellt löper redan upphandling av primärsjukvård, psykiatri, missbruksvård med mera mellan de sex sjukvårdsområdena och lokala vårdgivare. Det är denna relativt småskaliga upphandling som har störst betydelse för de många nya personalägda avknopparna.

Upphandlingen av den akut- och specialistsjukvård som bedrivs inom sjukhusen, berör främst de båda universitetssjukhusen Karolinska och Huddinge samt Södersjukhuset, Danderyd och S:t Görän. Även sjukhusen i Norrtälje och Södertälje ingår i detta paket. Flera privata aktörer kan komma att beröras som partners och underleverantörer till dessa sjukhus.

DSU 2003

Uppläggningsen kan komma att visa att avgörande frågor inte kan eller hin- ner lösas inom utsatt tidsram. Om målet skall nås kan inte halvmesyre och otydlighet tillåtas breda ut sig. Det kan framtvinga tvärbromsningar och osäkerhet.

Å andra sidan, menar somliga, är landstingsledningens metod att sikta på ett djärvt mål och ideligen upprepa värdeord som valfrihet och mångfald uttryck för modernt ledarskap; processen förväntas hantera problemen under re- sans gång. Det är ändå aldrig möjligt att planera för varje eventualitet och oförutsedd fråga som kan dyka upp.

GDG-principen

Detta är vad landstingsrådet Folke Schött (m) skämtsamt kallar GDG-principen: "Går det så går det."

En sådan avgörande fråga är hur primärvården skall börja fungera bättre. Utan en kraftig uppryckning på detta område kan sjukvården i Stockholmsregionen inte fungera som det är tänkt.

Framtidens sjukvård kommer att fungera bara om primärvården med sina husläkare, distriktssköterskor, vårdcentraler och barna-/mödravårdsenheter börjar samarbeta långt bättre med sjukhus och specialistläkare.

Den svagaste länken

Det är primärvården som är sjukvårdens svagaste länk. Stefan Rudholm, sjukvårdsdirektör i det Sydvästra sjukvårdsområdet, redovisar för auditoriet sjukvårdsledningens vision av det HSN kallar närsjukvården:

Den skall fungera som ett lokalt vårdnätverk för omkring 50 000 invånare, i nära samarbete mellan myndigheter och vårdgivare. Varje invånare skall lätt kunna nå vård genom ett telefonsamtal. Alla skall från början slussas rätt. Väntetiderna skall kortas och samverkan fungera utmed hela vårdkedjan.

Det han beskriver ligger ljusår från den verklighet många stockholmare dagligen konfronteras med inom primärvården. Landstingets egen årliga utvärdering skall senare under sommaren avslöja att hälften av de personer som ringer till sin vårdcentral för att få råd eller beställa tid, inte får någon kontakt alls. Och av dem som väl kommer fram skjutsas många omkring mellan olika handläggare.

Det är i primärvården flest medarbetare ger upp, sjukskriver sig och blir utbrända. Här är det svårast att rekrytera nya medarbetare.

Det är med andra ord långt kvar innan Stefan Rudholms vision blir verklighet.

Kanske kan denna dramatiska förändring ske i samspelet med entreprenörer? Men då måste SLL:s erbjudanden om samarbete bli attraktiva och meningsfulla. Annars kommer blivande entreprenörer knappast att känna sig lockade.

Alltfler till akuten

Chefsläkare Kaj Lindvall vid HSN-staben står för nästa bidrag till pärlbandet av redovisningar vid detta Idéforum. Han visar att de senaste tre åren har besöken vid sjukhusens akutmottagningar ökat med 20 procent, en bekräftelse på den dåliga tillgängligheten i primärvården. Vartannat besök i sjukvården i länet sker i dag vid akutmottagningarna, en larmklocka men också ett storstadsfenomen.

Den nya tidens medborgare är rationell. Många politiker och planerare antyder att den patient inte vet sig eget bästa som väntar på en akutmottagning halva söndagen i stället för att vända sig till sin husläkare. Men kanske har patienten tvärtom insett att det är smartare att direkt få behandling på akuten, låt vara till priset av flera timmars väntetid, än att sitta i en timme i vårdcentralens telefonkö för att få tid för behandling först en vecka senare?

Akuten kan man gå till på fritiden, telefonkö och husläkarbesök måste vanligtvis ordnas på arbetstid. Primärvården har öppet när patienterna skall arbeta eller vara i skolan. Akuten däremot har öppet också på deras lediga tid. Och vilket är priset för att ha ont en vecka i avvaktan på behandling?

Kan och bör landstinget försöka minska tillströmningen till akutmottagningarna när parollen samtidigt är "valfrihet"? Kommer missnöjda patienter att godta att det blir svårare att akut få träffa en läkare?

Kanske låter sig medborgaren inte längre "styras" dit det passar politiker och administratörer?

Det är en grundläggande förändring varje sjukvårdsplanerare måste börja ta hänsyn till: till synes irrationella val är också val som måste beaktas.

Att styra patientflödet

Lindvall visar bilder över hur sjukhusens kostnader kan sänkas bara om de erbjuder "rätt" vård, det vill säga vård som inte kan åstadkommas på annat håll. Det innebär att alla behandlingar av det slag som HSN beskriver som "sekundärvård" borde utföras utanför sjukhusen – inom primärvården eller hos fristående specialister.

Det rör sig, anger hans OH-bilder, till exempel om "akut sjukdom med låg medicinsk prioritering", "öppen vård av sjukdom i stabilt skede där akutisering är ovanlig", "elektiv (planerad) slutna vård inom stora patientgrupper med konsensus kring behandlingen" och "multisjuka patienter med dominerande omvårdnadsbehov".

Annorlunda uttryckt: patienter som väntas klara sig utan akuta och komplicerade behandlingar bör skötas utanför akutsjukhuset: i primärvården, på sjukhem eller i hemsjukvården.

"Rätt vårdnivå"

"Rätt vårdnivå" är det begrepp administratörerna använder.

Här finns stora rationaliseringar att göra. Kaj Lindvall konstaterar dock att patienter med flera åkommor, men som behöver omvårdnad snarare än medicinsk behandling, "ännu ej kan hindras att söka sig till akuten".

Den här patientgruppen är lika omtyckt av akutmottagningarna som en böld i ändan. De kräver mycket uppmärksamhet och återkommer ofta gång på gång, trots att de vanligen avfärdas med några albyl och uppmaningen att nästa dag ringa sin husläkare.

Medborgare som verkligen utnyttjar sin valfrihet är besvärliga. Visst var det enklare för sjukvården när varje invånare "tillhörde" ett upptagningsområde med sin givna vårdcentral och sjukhus... Då kunde vilsegångna själar avvisas med att: "du tillhör inte oss, du får allt åka till andra ändan av stan!"

Fritt val

Men nu har politikerna i landstinget bestämt att alla regioninvånare kan söka sjukvård från Nynäshamn i söder till Norrtälje i norr. Dessutom har man infört en vårdgaranti som skall ge rätt till sjukvård inom viss tid. Den som inte kan få vård inom SLL skall dessutom kunna välja en vårdgivare utanför området.

Signalerna till kreatörerna av DSU är med andra ord inte alldeles enkla: valfrihet och rätt vårdnivå skall förenas, konkurrens och mångfald gå hand i hand.

Men rätt vårdnivå och rätt vårdgivare är inte bara en fråga om pengar. Erfarenheterna från sjukhusens omhändertagande av mer banala åkommor, där omvårdnadsbehovet är störst, är knappast goda. Många av de "vårdskandaler" som under senare år påverkat allmänhetens bild av sjukvården består av just sådant omhändertagande.

– Skall den här kategorin fortfarande behandlas på akutsjukhusen måste det vara i värdiga former och på ett patientvänligt sätt, slår Kaj Lindvall fast.

Värde för kunden?

Kvalitetsfrågor är över huvud taget viktiga när morgondagens sjukvård skall utformas. Ineffektiviteten i dagens processer är förenade med stora kostnader, för patienten och för skattebetalarna. Omfattningen av problemet framgår när Lindvall säger till auditoriet att inslaget av "värdeskapande tid" är alltför litet.

– Av en behandlingstid på sex månader är kanske bara sex dagar värdeskapande för patienten. Vi måste börja arbeta med effektiva vårdkedjor!

Brist på information

En strategisk svaghet i dagens sjukvård är avsaknaden av tillförlitlig beslutsinformation. Det är ett av budskapen när Christina Torstensson, chef för Nordöstra sjukvårdsområdet, för Idéforum beskriver vårdens informationsförsörjning.

Hennes position gör henne till beställarchef i en del av Stockholmsregionen där det av hävd finns många privata aktörer och där de politiska grupperingarna länge har efterlyst mångfald och valfrihet. Inom DSU svarar hon för utveckling av informationsstrategier.

Hon beskriver sjukvården i Stockholms län som "nätverk – inte organisation" och talar hellre om "uppdraget för Stockholms heterogena vårdnätverk" än om den homogena sjukvårdsorganisationen.

Med perspektivet att landstinget rymmer runt 2 500 landstingsägda och privata producenter, som behöver samordnas, framstår informationsfrågorna som avgörande för framgång. Ju mer decentraliserad strukturen blir, och ju mer antalet producenter ökar, desto mer måste beställarna förlita sig på en kombination av riktlinjer och aktiv utvärdering.

Många metoder

Fortfarande är svensk sjukvård bara i början av en process där många vildvuxna metoder och behandlingar med starkt varierande värde för patienten kommer att tvingas ge vika för arbetsformer som är påvisat effektiva. Begreppet "vetenskap och beprövad erfarenhet" anses visserligen stänga ut rena kvackare från sjukvården, men tillåter samtidigt varje vårdgivare att tillämpa sina egna lösningar.

Det är svårt att få gehör för s k evidensbaserade arbetssätt, där man använder enbart väl utprovade metoder och arbetssätt som har visat sig ge gott resultat.

Det innebär att många – förmodligen de flesta – patienter inte får den bästa och mest ändamålsenliga behandlingen. Mycket energi ägnas åt behandlingar med tvivelaktig eller rent av noll effekt. Det leder till lidande i form av otillräcklig eller försenad hjälp, och onödiga kostnader för såväl individen som sjukvården och skattebetalarna.

Med utgångspunkten att sjukvården inte längre än en sammanhållen organisation, utan ett mångfacetterat nätverk, blir det allt omöjligare för ledning-

arna att styra med dekret. Däremot kan kravspecifikationerna i en upphandling slå fast att anbud tas emot enbart om de tydligt dokumenterar att vårdgivaren kommer att grunda sig på bästa tillgängliga kunskap, metoder och arbetssätt.

Kvalitetskontroll

Beställaren måste sedan i egenskap av kvalitetskontrollant följa upp att så verkligen sker.

Detta i sin tur förutsätter att beställare och utförare använder gemensam terminologi och utvärderingsmetoder.

Christina Torstensson utvecklar för de landstingsägda och fristående producenterna vad hon menar:

– När det gäller medicinsk kvalitet handlar informationsförsörjningen om att rätt instans genomför åtgärderna. Alla åtgärder grundas på adekvat bedömning. Olika kompetenser måste samverka. Varje insats skall baseras på bästa kunskap. Alla resurser utnyttjas – inklusive anhöriga och andra myndigheter.

Skall den här strategin bli framgångsrik måste det finnas ett helt annat beslutsunderlag, som är enhetligt, lättolkat och lätt tillgängligt. Så är det inte idag. Trots en rad informationsprojekt runt om i landstinget är svårigheterna fortfarande legio vad gäller att kunna ta del av den kunskap som ännu finns spridd på många händer.

– Vårdens informationsförsörjning är avgörande för framgång, står det på en ny bild hon lägger på projektorn. Men dagens lösningar håller inte måttet, säger hon kritiskt. Transporttiden för information skapar förseningar. Hos varje mottagare måste "omkodning" ske för att kunskapen skall vara användbar.

Torstensson konstaterar avslutningsvis:

– Det är svårt och resurskrävande att hitta information. Ofta finns den tillgänglig på bara ett ställe samtidigt, trots att den behövs på många håll. Väsentlig information stannar kvar hos den enskilde medarbetaren.

Väldig potential

Innebörden av redogörelsen är att det finns enorma möjligheter till förbättringar om det kan skapas system för att inom sjukvårdens nätverk utbyta och använda kunskap – förutsatt att alla bestämmer sig för att göra rätt saker på rätt sätt.

I dag fungerar flödet av remisser, patientjournaler, provsvar och röntgenbilder illa. Mycken information är ständigt på drift. Remisser kan inte hanteras av vårdens många inkompatibla IT-system. Det innebär t ex att en läkare i primärvården inte kan hämta hem och bearbeta en remiss på sin dataskärm, utan måste först printa ut den och sedan scanna in den!

Snacket går

När deltagarna släpps ut för smörgås och kaffe i Landstingsförbundets vackra kafeteria hörs många anekdoter och spekulationer om de problem som informationsglappen skapar.

– Jag hörde att de behöver fem läkarsekreterare på heltid som jagar förkomna journaler . . .

– Trots två års utvecklingsjobb är det lögn i helvete att kunna skicka röntgenbilder över nätet . . .

– Beprövad kunskap? Hos oss tycks vi använda sju olika metoder för att behandla bensår trots att SBU visat att bara två är riktigt bra . . . Men eftersom det lär finnas elva metoder får man ju vara glad att vi gallrat bort några, tydligen!

(SBU = Statens beredning för medicinsk utvärdering, som söker sprida insikt om värdet av evidensbaserat arbete.)

Hårdare tag

Medan nya informella grupper hela tiden bildas runt kaffeborden funderar säkert många av deltagarna på Christina Torstenssons avslutande ord:

– Vi ställer absoluta krav på samverkan mellan de 2 500 leverantörerna. Det måste skapas en gemensam samverkansplattform. Men samverkan får inte inkräkta på respektive vårdgivares möjlighet att utforma sina egna, unika bidrag till t ex en vårdkedja. Det får inte heller bli inträdeshinder för nya leverantörer eller blockera konkurrens och fria val. Informationsförsörjningen i vårdnätverket är avgörande för vår förmåga att lösa vårt uppdrag – men dagens hantering är inte tillfredsställande och måste förbättras radikalt!

Hon avslutade uppfordrande:

–Vi beställare utmanar därför vårdproducenterna genom att i villkoren föra in krav på effektiv informationsförsörjning och inbjuda till samverkan så att kraven kan mötas!

Kraftfullt redskap

Med den utmaningen i ryggen sprider sig deltagarna i konferensvåningens spatiösa utrymmen. De kisar mot solljuset och sneglar – det gör varje besökare – mot den väldiga, elliptiska ljusgården där vatten porlar i ett stort konstverk åtta våningar längre ned. Perspektivet hisnar – liksom tanken på den alltmer kravfyllda framtida sjukvården.

– Inte lätt att se hur allt skall hinnas med, muttrar en inbjuden entreprenör till en annan medan de tar för sig av baguetter och lättöl.

Landstingets beställare känner här att man i sin hand har en fantastisk möjlighet till radikala förbättringar. Tänk om HSN – som vi just har hört – kräver av var och en som vill leverera sjukvård att informationssystemen skall samordnas. Då skulle effektiviteten kunna höjas kraftfullt.

Till exempel skulle en patient vid ett och samma tillfälle kunna behandlas för

flera åkommor, på samma sätt som bilverkstaden inte behöver besökas två gånger för att både motorvärmare och tändning skall åtgärdas.

Alla som upplevt att "tyvärr kan vi inte hitta journalen så du måste nog återkomma när vi fått ordning på det här – prata med syster därborta om en ny tid" skulle kunna gå till nästa behandling utan oro. Beslutsunderlag skulle finnas på plats, utan tvekan och dröjsmål.

Tanken svindlar

Och tänk om beställarna ställer krav på dokumenterat medicinskt resultat som villkor för att en producent skall få lämna anbud:

– Den som tänker få uppdrag inom katarakter (starroperation) skall tillämpa någon av de här två metoderna, som vi utvärderat och anser vara bäst för patienten. Och när det gäller vårdkedjor för diabetiker godtar vi bara leverantörer som kan visa att man det senaste året nått ned till en viss nivå på biverkningar...

Då vore det möjligt att kvalitativt ge ett väldigt lyft åt sjukvården för länets invånare. Men denna strategi är samtidigt krävande för beställarna. Den kräver fantasi, kunskap och mod, egenskaper som inte automatiskt brukar premieras i politiskt styrda förvaltningar.

Samtidigt är det lätt att föreställa sig invändningarna och målkonflikterna: hur långt kan metodval och resultat förutskickas när kvaliteter som mångfald, kreativitet och "nya grepp" skall känneteckna nätverkssjukvården? Vilken frihet får då producenten? Skall det vara *more of the same* eller unikt hantverk?

Lars-Bertil Arvidsson och hans medarbetare balanserar på slak lina.

I solgasset

Ute på terrassen med en i alla avseenden bländande utsikt mot Riddarfjärden och Gamla stan bänkar sig sjukhusdirektörer och avknoppade entreprenörer, beställartjänstemän och stora, etablerade producenter. Det är ett bra tillfälle att mingla och knyta kontakter.

Där sitter Kjell Thor, före detta kirurgchef på Huddinge sjukhus, och kisar mot solen i stylade solglasögon. I och med sjukhusets bolagisering har han blivit marknadschef och skall nu se till att Huddinge Universitetssjukhus AB (HSAB) kan förverkliga sin vision: att bli ett sjukhus i världsklass.

Redan efter ett par månader som bolag har Huddinge sin första konflikt med HSN under uppsegling, en illustration av hur osäker den avtalsmateria är som DSU bygger på. Skall beställare kunna justera gällande avtal under hänvisning till att det blivit ont om pengar?

(Att den "nya" sjukvården börjar bli en marknad märks av det faktum att Kjell Thor sedan den 1 oktober är VD för Sophiahemmet, ett av Stockholms äldsta privata vårdföretag. Motsvarande rörlighet mellan offentligt och privat hade varit svår att tänka sig för bara några år sedan.)

Nya och gamla entreprenörer

Lite längre bort pratar VD:n för just avknoppade Nynäs Vård AB med ett par andra företagare.

Gun-Britt Linder är en av de alltfler sjuksköterskor som hakat på landstingets erbjudande att starta eget. Tillsammans med två kollegor driver hon nu efter en slitsam startfas ett vårdföretag med många nya idéer, 120 medarbetare och 60 miljoner kronor i årsomsättning.

Björn Larsson kommer ut på trappan med kaffekoppen. Han är chef för Nynäs Vårds raka motsats. Ersta Diakonisällskap har drivit sjukhus i 350 år, äldst i den lilla skaran svenska "non profit"-sjukhus. Ersta har länge haft en omhuldad ställning bland Stockholms och landstingets politiker. Men Larsson har all anledning att fundera på om Ersta i längden kommer att klara sig när upphandlingarna rullar på. Kommer stiftelsen att kunna få betalt för sina högre kostnader, bland annat beroende på att man själv äger fastigheterna?

Två av den nya tidens framgångsrika entreprenörer pratar i mobiltelefon, rygg mot rygg. De är Peter Weiderman och Johan Koch i Carema Vård och

Omsorg AB, ett av Sveriges största privatägda vårdföretag med en dryg miljard kronor i årsomsättning.

Koch är en av grundarna, Weiderman professionell företagsledare. Kanske talar de om den uppskjutna börsintroduktionen; den skakiga börsen lägger höstens marknadsnotering på hyllan.

Veteraner

Lars Lindberg har försiktigt satt sig inne i kafeterian, en bit från det starkaste solljuset. Han är en veteran i landstingets upphandlingsapparat och har från en dag till nästa kastats in som VD för S:t Eriks Ögonsjukhus, en av landstingets just bolagiserade enheter. Häromdagen satt han på HSN och gjorde upphandlingskalkyler, nu befinner han sig på andra sidan och skall som producent matcha beställarnas krav.

Södertälje sjukhus har det ofta stormat kring. Sjukhusdirektör Curt Brandt som tuggar på den sista biten av sin baguette, kommer inte ännu på ett tag att få skriva "VD" på sitt visitkort. Sjukhuset skall landstinget fortsätta att driva i förvaltningsform, är det bestämt.

Södertälje sjukhus ligger i regionens periferi och här kan konsekvenserna av DSU bli kännbara. Vad händer till exempel om en konkurrent ger ett bättre bud på förlossningsvården i Södertälje?

Vid ett av borden sitter Göran Rådö, en annan av församlingens veteraner. Inte till ålder kanske, men räknat efter antal år nära de stora besluten. Redan på 1970-talet var han högerhand åt dåvarande sjukvårdslandstingsrådet Gunnar Hjerne, en av storlandstingets skapare. Därefter har han hela tiden funnits inom HSN – med undantag för en tid som statssekreterare – och är nu sjukvårdsdirektör för Nordvästra sjukvårdsområdet.

Han är känd som en försiktig general. I hans sjukvårdsområde väntas inga äventyrligheter på upphandlingsfronten – men entreprenörerna säger sig inte heller räkna med några djärva öppningar.

Lokal insäljning

Nu klappar en av värdarna i händerna. Dags att lämna kvällssolen och dela upp sig i mindre grupper, efter sjukvårdsområden. Nu skall ledningen för varje område presentera sig. Det verkliga kontaktskapandet mellan beställarna och entreprenörerna börjar nu.

På det här sättet har ledningen för sjukvården aldrig närmast sig den växande skaran av privatägda producenter. "Förtroendeskapande åtgärd", är ordet för dagen.

I en av dessa presentationer möter sjukvårdsdirektör Aina Daléus och ett par av hennes medarbetare en handfull entreprenörer. Daléus är beställarchef för landstingets Sydöstra sjukvårdsområde, i dagligt tal benämnt SÖSO.

Avsikten är att involvera entreprenörerna – liksom landstingets egna producenter – i en kreativ utvecklingsprocess inom varje sjukvårdsområde. Det är här framtidens primärvård enligt planerna skall utformas.

Avknopparnas entusiasm och etablerade vårdföretags erfarenhet skall hjälpa till att lyfta bort dagens krisstämpel från vårdcentraler, husläkarmottagningar och mödravårdscentraler.

Behöver varandra

Därför är Aina Daléus säkert uppriktig när hon förklarar att det nu måste till ett kreativt samspel. Producenterna bör känna sig involverade i inte bara själva utförandet av vården utan också i hur betingelserna för upphandlingen utvecklar sig. Därför bjuds de nu in att vara med och utforma det förfrågningsunderlag som skall tjäna som beställarnas kravspecifikation.

Den uppgiften blir lättare, menar Daléus, om entreprenörerna skjuter till sina idéer och erfarenheter.

Ty en av konkurrensutsättningens grundpelare är att tävlan om uppdragen skall föda nya strategier och behandlingsmetoder. Öppna för hittills opröva-

de arbetssätt och organisationslösningar. Allt till gagn för patienter, medarbetare och skattebetalare.

Det är privata initiativ som skall förbättra bemötandet, korta köerna, ta bort olika glapp i vårdkedjorna – kort sagt, sätta patienten i centrum på ett sätt som den landstingsägda vården hittills har misslyckats med.

Dessutom skall medarbetarna bli bättre motiverade och rekryteringen underlättas.

Stora förväntningar

Det är inga små förväntningar. Inte undra på att sjukvårdsledningen nu bjuder till när man sent omsider bestämt sig för att de privatägda producenterna är viktiga.

Dessa aktörer är ännu inte helt övertygade om vad samarbetet kommer att leda till. De nya tongångarna behöver tid för att sjunka in. Svensk sjukvård har i praktiken länge varit ett offentligt monopol där det traditionellt har funnits några privatläkare ute i kanten. I den miljön framstod varje alternativ länge som osolidariskt, utmanande och närmast olagligt.

Steget från buse till räddare av vården är stort. Landstinget måste nu visa att den förändrade attityden verkligen är helgjuten.

Kvarts miljön på Södertörn

I det Sydöstra sjukvårdsområdet – stort som ett vanligt svensk landsting – bor 235 000 människor i de fem kommunerna Värmdö, Nacka, Tyresö, Hanninge och Nynäshamn. Det är den del av Stockholmsregionen som växer snabbast. De kommande fem åren förväntas befolkningen öka med drygt 7 procent. Det innebär ökade krav på sjukvården.

För varje invånare tilldelas sjukvårdsområdet 11 900 kr av HSN. Anslaget skall bekosta sjukvård av alla slag, inklusive läkemedel. Det blir sammanlagt runt 2,8 miljarder kronor. För dem skall Aina Daléus och hennes stab beställa och bekosta sjukvård åt invånarna.

Hälften akut

Nästan halva budgeten går åt till akutsjukvård. Andelen har stigit de senaste åren eftersom alltfler Södertörnsbor vänder sig till akutmottagningarna när primärvården inte håller måttet. Alltfler åldriga patienter behöver akut vård. Årligen rör det sig om drygt en halv miljon akutbesök.

Hos primärvården på Södertörn görs ungefär lika många besök till per år, varav knappt 200 000 hos privatpraktiker. Här svarar alltså privata vårdgivare redan för 40 procent av första linjens sjukvård. Så är det i hela SLL, en god illustration av hur olika förhållandena är i en storstadsregion och på mindre orter.

”Partners”

I det nätverkstänkande som nu håller på att ersätta den gängse hierarkiska synen blir också begreppen annorlunda. I går ”tillhörde” en patient en viss vårdcentral eller sjukhus; nu kan patienten, ibland även kallad kunden, själv välja vårdgivare. Och nu skall vården bli ett nätverk av en rad ”partners” medan terminologin i går handlade om ”remitterande vårdgivare” (d v s den enhet som skickar en patient vidare) och ”remissmottagare” (som i nästa led skall ta hand om patienten).

– Viktiga samarbetspartners inom akutsjukvården för oss är Södersjukhuset, Huddinge och Karolinska, berättar sjukvårdsdirektören. När det gäller specialistsjukvård är några viktiga partners Sergelgruppen (privata läkarhus), Nacka Närsjukhus specialistvård (d v s det som återstår sedan landstinget vid mitten av 1990-talet med begränsad framgång har försökt stänga Nacka sjukhus) och 23 privatpraktiker inom sjukvårdsområdet.

Aina Daléus fortsätter att redovisa partners inom geriatrik (medicinsk vård för äldre), rehabilitering, psykiatri och primärvård. Det rör sig om ett tiotal vårdgivare, varav merparten redan drivs som entreprenader eller är helt privatägda.

– Det är aktuellt att upphandla geriatrisk vård, två lättakuter och all akut-

sjukvård, kommenterar Daléus bilderna. Vi överväger att dessutom upphandla smärtlindring och lokal sjukvårdsupplysning.

Avknoppningarna kommer att fortsätta. Driften av den geriatriska vården på Nynäshamns sjukhus har, som vi redan sett, nyligen privatiserats och nu står Trollbäckens vårdcentral i Tyresö på tur.

Vad skall åstadkommas?

Vad vill då sjukvårdsområdet ha hjälp att åstadkomma? Vad skall partnerskapet resultera i?

Jo, redogör Daléus, det skall bli mer dagkirurgi (färre dyrbara inläggningar, högre livskvalitet för patienten), mindre öppenvård vid sjukhusen (enklare akutfall skall tas om hand i primärvården) – d v s patienten skall behandlas på rätt vårdnivå. Eller som det heter på vårdbyråkratiska: Lägsta Ekonomiskt möjliga OmhändertagandeNivå, den s k LEON-principen.

Detta kräver samarbete med vårdföretag som kan förbättra samarbetet kring patienten, som har hög kvalitet, förbättrar resursanvändningen, "som skapar det goda och rationella mötet med patienten" och som "faktiskt tar patientens behov som utgångspunkt för sitt utvecklingsarbete", anger Daléus.

Det nickas bland entreprenörerna runt bordet. Jovisst, det är precis detta alla eftersträvar men som hittills har visat sig vara så svårt att åstadkomma.

Symbios

Alla vet att det råder ett slags symbios mellan beställare och utförare. Landstinget är starkt beroende av de nya vårdgivarna för att klara att förändra sjukvården på det sätt politiker och patienter kräver. Och producenterna kan överleva och utvecklas bara om landstinget träffar avtal med dem om vårdinsatser. Här finns början på det som kan bli morgondagens partnerskap.

Samtidigt inser alla att det är långt kvar innan det ömsesidiga förtroendet har upprättats och väl fungerande mekanismer skapats för att hantera de många processerna kring beställning, utförande, uppföljning av avtal.

Många funderingar blir det

Politikerna, som skall vara befolkningens ombud, funderar tillsammans med beställarkanslierna på hur man kan vara säker på att man köper rätt och hur man i förfrågningsunderlagen skall kunna formulera de djärva, nydanade kraven. Några uttalade frågor är:

- Kan vi verkligen lita på att vårdgivarna äger den kreativitet och kompetens som behövs för att avhjälpa dagens skröpligheter?
- Vad kommer det att kosta?
- Finns någon position kvar för oss förtroendevalda när det nya systemet väl har etablerats?

Och producenterna på sin sida av bordet har inte färre frågor, som de denna dag dock är alltför väluppfostrade för att uttrycka öppet:

- Kommer beställarna att verkligen begripa sig på det här?
- Kan de bryta sig ur gamla beteenden och börja tänka i resultat i stället för detaljer och procedurer?
- Litar de på oss nog för att ge oss tillräckligt fria händer?
- Blir det verkligen rättvis konkurrens där alla behandlas lika?
- Kommer det äntligen att finnas metoder att utvärdera det vi gör så att kvaliteten lönar sig?
- Kan vi lita på ingångna avtal eller kommer landstinget att börja pilla i ersättningen så snart pengarna inte räcker?
- Menar politikerna allvar? Blir det nya signaler vid ett regimskifte?

SÖSO-mötet avslutas så småningom med ömsesidiga hedersbetygelser och utbyte av visitkort. Medan deltagarna i sjukvårdsområdenas presentationer strömmar ut bland flanörer och middagsätare på den solvarma Hornsgatan inser nog alla att svaren de närmaste åren i hög grad kommer att formas av dem själva.

Ingen återvändo

För DSU finns ännu ingen regelbok, något liknande har inte gjorts någon annanstans. Processer, bedömningsgrunder och avtal kommer att få formas efterhand. Under tiden skall den stora produktionsapparaten sjukvården hela tiden fungera, oavsett hur avknoppning och upphandling utvecklas.

HSN-ledningen kan andas ut. Nu hade det första steget tagits. Mottagandet blev gott, stämningen var positiv.

Det blir en sommar fylld av arbete; varje dag blir listan med öppna frågor och nya arbetsmoment längre. Men DSU-processen är nu igång.

Slutet på början.

I praktiken finns ingen återvändo.

3. Den långa resan

Vem styr sjukvården – politikerna, tjänstemännen eller läkarkåren?

Detta är ett populärt statsvetenskapligt och maktpolitiskt forskningsämne, som dock huvudsakligen ligger utanför vårt projekt.

Inom Stockholms läns landsting (SLL) var länge det politiska inflytandet över sjukvården obetydligt. Sjukvården behärskades i praktiken av en koalition av mäktiga centrala cheftjänstemän och klinikchefer ute på sjukhusen. De folkvaldas uppgift, har en cynisk betraktare sagt, var att betala notan och väcka motioner om salladsbord i sjukhuskafeterian.

Det låter illa. Sanningen var nog inte så långt därifrån.

Här fattas visa beslut

Sant är att stora beslut om sjukvården under årens lopp har fattats i landstingsfullmäktige i det gamla Garnisonssjukhuset på Kungsholmen i Stockholm.

De markerar olika eror i sjukvårdspolitiken och anger en rad försök till kursförändringar, som på en supertanker där rorgångarna läser sjökort och radarbilder helt olika. Försöken är intressanta genom den energi som har ägnats att omorganisera utifrån en ny strategi, oroande genom att så mycket kraft lagts ned på att uppifrån utforma system vars slutliga framgång

bygger på det genuina mötet mellan individer – förhållanden som knappast lämpar sig särskilt väl för politisk ingenjörskonst.

Men de senaste två åren har något fundamentalt skett.

När landstingsfullmäktige den 16 juni 1999 samlades för att återigen fatta ett stort principbeslut påminde miljön visserligen en hel del om det gamla vanliga: efter ett landstingsval som hade resulterat i regimskifte skulle nu den gamla ordningen ersättas med den nya majoritetens vilja.

Stora förväntningar knöts – som vanligt – till det nya.

Ett antal politiska signalord uttalades även under denna landstingsdebatt: uppskattande om man tillhörde den nya majoriteten av moderater, folkpartister och kristdemokrater, varnande om talaren hamnat i minoritet bland socialdemokrater, vänsterpartister och miljöpartister.

Signaler om något nytt

Ändå fanns nya drag. Inslag som vittnade om att detta sjukvårdsbeslut om riktlinjer för mångfald i vårdproduktionen kanske skulle få mer djupgående effekter, konsekvenser av mer bestående betydelse än vi hade blivit vana vid.

I landstingssalen fanns den här dagen många ledamöter som varit med om att under årens gång fatta stora sjukvårdsbeslut.

Veteraner

Några riktiga veteraner mindes bildandet av det s k storlandstinget 1971, då Stockholms stad och det gamla landstinget slogs samman och blev ny huvudman för sjukvården i hela länet. Då var stordrift ett fint ord och de som ifrågasatte denna nya väldiga struktur talade för döva öron.

Under de två följande decennierna gjorde politikerna en rad tämligen valhänta försök att styra sjukvården. Det fanns fortfarande en tro på att man genom olika administrativa åtgärder skulle kunna bromsa kostnadsutveck-

lingen. När sjukvården varje år redovisade underskott hade landstingspolitikerna inte mycket att sätta emot; budgethålen fick fyllas i efterhand.

I maktkampen mellan å ena sidan de folkvalda och å den andra alliansen profession–administratörer drog politikerna det kortaste strået.

M/1971

1970-talet präglades av att stort arbete lades ned på flerårsbudgetar för sjukvården. Dessa planer skulle lägga fast de långsiktiga riktlinjerna och sedan brytas ned i och styra det årliga budgetarbetet. Så var i alla fall teorin.

I praktiken tog det kortsiktiga perspektivet över. Direktiven i de långsiktiga dokumenten förlorade sin styrkraft när akuta finansieringsfrågor skulle lösas och köerna ökade. Eftersom andra redskap för utvärdering och uppföljning saknades än årsbudgetens sifferutfall blev möjligheten att lära av misstagen begränsad.

Att sjukvården, liksom hela den kommunala sektorn, befann sig i snabb tillväxt hade stor betydelse. När expansionen krävde nya resurser fanns alltid möjligheten att höja landstingsskatten. Det skedde också; 1971–1990 höjdes utdebiteringen med 60 procent.

Kommer och går

Den ständiga maktväxling mellan höger- och vänsterblocken, som länge hade givit politiken i Storstockholm en speciell prägel, bidrog till att skapa en illusionsfrihet – cynism kan vara ett annat användbart uttryck – bland tjänstemännen i sjukvårdsförvaltningen. "Politikerna kommer och går men förvaltningen består.

Den medicinska professionen var stark och visste sin makt. Eller, som en hög läkare uttryckte sig vid samtal med en ny sjukvårdspolitiker:

– Du får välja mellan att få professionen mot dig eller med dig. Får du den mot dig går det åt h-e för dig. Och får du den med dig blir det dyrt!

Landstingspolitiker identifierade sig vanligtvis snabbt med sjukvårdsverksamheten. Det fick den märkliga – tycker vi kanske efterklott i dag – effekten att klagomål från patienter och massmedier harmset avvisades; ”komma här och kritisera vår fina sjukvård – den lojala personalen gör minsann vad den kan . . .”

Chefer i förvaltningen som ogillade den förda politiken kunde trösta sig med att förnuftet förmodligen skulle återvända efter nästa val. Många majoritetspolitiker misstänkte på motsvarande sätt att ovilliga, ja t o m obstruerande tjänstemän försökte bättra på oppositionens odds.

Att förvaltningarna i allmänhet uppfattades sympatisera med socialdemokratin var ingen större hemlighet. Uttalanden i motsatt riktning från (s)-politiker antyder att man inte heller på den kanten kände något riktigt stöd från landstingets tjänstemän.

De maktlösas revolt

Känslan av politisk vanmakt, att vara en gisslan försedd med checkblock, började sprida sig bland de folkvalda. Slutsatserna mognade vid mitten av 1990-talet fram i form av mer långtgående strukturförändringar.

Men låt oss inte gå historien i förväg. Tillbaka till storlandstingets första decennium:

Att dra slutsatser av vad som har hänt ligger inte i det naturliga politiska beteendet. Utvärdering av föregående kvartal är tråkigt och föga visionärt, roligare och djärvare att diskutera hur framtidens pengar skall spenderas. Så var det i hög grad i 1970-talets landstingsvärld.

Också stora budgetöverdrag brukade glömmas snabbt; redovisningen av det gångna året godkändes på fem minuter och så gnuggades geniknolar och sittfläsk inför diskussionen om nästa års budget, då hela proceduren skulle komma att upprepas . . .

Tidiga styrmedel

Det saknades för all del inte redskap som gav 1970-talets landstingspolitiker intryck att de verkligen styrde sjukvården. Årtiondet visade upp en provkarta av olika nyckel- eller normtal, såsom antalet öppenvårdsbesök per invånare eller mängden slutenvårdsplatser per 1 000 invånare. Det var dock svårt att se att landstingets olika instanser särskilt konstruktivt använde denna information som underlag för sina strategibeslut.

Att vården skulle skötas av landstingsanställda var självklart. Den partipolitiska retoriken gällde antalet privatläkare i länet. De borgerliga ville som regel alltid ha ett par dussin privatpraktiker mer än socialdemokraterna (låt vara att den fria etableringsrätten för läkare innebar att landstingets uppfattning härvidlag var skäligen ointressant).

Landstingets sjukvård dominerades i praktiken av Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) mäktiga förvaltning med 800 tjänstemän. Det skulle ta ett kvartssekel innan politiska direktiv på allvar började påverka sjukvårdspolitiken i SLL.

Nytt 1980-tal

1980-talet hade vissa andra karaktärsdrag än 1970-talet. Ett påtagligt sådant var införandet av s k behovsindex som fördelningsnyckel för sjukvårdens resurser. Avsikten var att olikheter i befolkningssammansättning, sociala förhållanden med mera skulle beaktas. Härigenom fick folkhälsoarbetet med sina förebyggande insatser ökad tyngd.

Dessa behovsindex öppnade för viss decentralisering till landstingets sjukvårdsområden, eftersom de lokala behoven varierade efter inkomst och levnadsförhållanden. Att södra Storstockholm hade andra hälsoproblem än den norra sidan började nu stå klart. Ett radikaliserat folkhälso- och klassperspektiv smög sig in i vårdplaneringen.

Därmed fanns underlag för försök att angripa "överkonsumtion", som inte motiverades av befolkningens hälsostatus. Ett redskap blev beställarmeka-

nismer där tanken var att folkhälsoinsatser skulle "köpas" av egenregin för att jämna ut ojämlikheter. Detta förutsatte i sin tur något slags interna överenskommelser mellan beställare och utförare.

Dagmar

Den s k Dagmarreformen 1985 innebar att statsbidragen till landstingen övergick från att vara prestationsbaserade till ett fast bidrag per invånare, med viss variation för befolkningens struktur. Detta kan sägas vara det första centrala försöket att förbättra kostnadskontrollen inom sjukvården.

Därmed markerades också landstingens folkhälsoansvar. God sjukvårdsekonomi skulle hellre uppnås med förebyggande insatser än genom att operera så många invånare som möjligt.

Någon konkurrens mellan aktörer var det ännu inte tal om. De privata aktörer som av hävd fanns, såsom Ersta sjukhus och Sophiahemmet, sågs snarare som en mossig kvarleva än som potentiella konkurrenter, eller ens betydelsefulla komplement.

Påståendet att det mot seklets slut skulle krylla av privatägda sjukvårdsproducenter skulle förmodligen ha mötts av ett medlidsamt leende.

City-Akuten en chock

När privata City-Akuten 1983 oväntat slog upp dörrarna blev därför indignationen stor på många håll.

Att det i landstingspolitiken generellt fanns ett starkt fokus på landstingets egen produktion behöver nog inte påtalas; City-Akuten betedde sig högst illojalt genom att erbjuda bättre öppethållandetider och köfri sjukvård, var kontentan i kritiken. Uppstickarens beteende hotade landstingets sjukvård, som de flesta politiker automatiskt solidariserade sig med.

Att stockholmarna skulle kunna ha legitima krav på att snabbt och enkelt få träffa doktorn var till en början obegripligt. Initiativ togs för att t o m förbjuda denna fräcka utmanare.

Aldrig mer densamma

Men City-Akuten blev sprängladdningen som slog upp ett hål i fördämningen. Efter det blev SLL:s sjukvårdspolitik aldrig densamma.

För första gången hade misstanken på allvar väckts att patientens bästa kanske inte automatiskt togs tillvara av landstingets monopolsjukvård. Möjligtvis var det bra för sjuka människor att direkt kunna få behandling, nära arbetsplatsen och utan tidbokning och köer.

Motvilligt men kvickt tog den landstingsägda sjukvårdsapparaten till sig konkurrentens metoder. "Lättakuter" började dyka upp också i landstingets regi. I motsats till den tidigare uppstickaren Radio Nord överlevde City-Akuten. Men båda skakade monopolet. Något hade börjat hända i välfärdsstaten.

Gardinfladder

Konkurrensens första vindil fick landstingsgardinerna att fladdra till. Möjligtvis var det hälsosamt att de folkvalda inte längre automatiskt identifierade sig med sjukvårdsproduktionen?

1980-talets embryo till beställar–utförarmodell utvecklades snabbt till ett storskaligt system för beställning av sjukvård. Grundtanken – som så mycket i svensk sjukvård hämtad från det förhatliga USA – var att en tydlig rollfördelning är effektiv. Precis som bland avtalsparter i näringslivet borde det finnas en beställare som satt på pengarna och formulerade kraven medan utföraren helt skulle inrikta sig på att leverera det beställaren ville ha. Den politiska kulturen tillät dock inte att tala om "köpare" och "säljare".

Interna kontrakt eller avtal borde utformas. Med sådana i handen vore det också lättare för kliniker och andra enheter att agera mer självständigt gentemot de stora administrativa överbyggnaderna. Varje enhet borde bli mer självstyrande.

Mellan de båda politiska blocken i SLL fanns enighet om att basera sjukvårdsbudgeten på s k DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper, dvs framräknad genomsnittskostnad för behandling av en viss diagnos, också detta

importerat från USA). Härigenom skulle HSN och politikerna äntligen få ett redskap att ersätta producenter efter prestation.

Redan 1991 omfattades större delen av den öppna vården, liksom flera specialistområden, av DRG eller andra standardiserade ersättningar. "Interna marknader" var nu en realitet.

Struktur på plats

När en moderatledd majoritet efter landstingsvalet 1991 trädde till fanns strukturen för att börja driva en ny politik.

Flera faktorer ligger bakom att det nu hade byggts upp en "förändringsmiljö". Åren innan hade sjukvårdens ekonomi försämrats. Köerna växte. Trycket ökade att finna andra styrmedel än "besparingar". "Ökade resurser" började tjäna ut som smörjmedel.

De borgerliga partierna hade vunnit valet på kritik mot vårdköerna. Nu var det nödvändigt att visa att man var duktigare än (s) på att leda sjukvården. I praktiken fanns enighet över blockgränserna om att beställar–utförarmodellen skulle utvecklas. Den gamla anslagsfinansieringen var död.

Den nya ledningens viktigaste bidrag blev att satsa på en mångfald av vårdproducenter. Därför antogs snabbt ett speciellt konkurrensprogram med syfte att uppmuntra sjukvårdens medarbetare att överta landstingets verksamheter genom att starta eget. Ett särskilt konkurrenskansli inrättades för att understödja "avknoppningen".

Därmed frigjordes ett förändringsredskap av helt nytt slag och med en sprängkraft som vi först nu börjar bli varse.

Det som oegentligt kom att kallas privatisering drevs av koalitionen m–fp–c–kds med stor kraft. Enligt den borgerliga majoriteten var målet att 20 procent av landstingets hela verksamhet vid mandatperiodens utgång skulle drivas på entreprenad. Genom konkurrensutsättningen av kollektivtrafiken blev resultatet för mandatperioden hela 35 procent.

Entreprenörernas andel av sjukvården var ännu mer blygsam. 1991 drevs 7 procent av sjukvården av privatägda vårdgivare, 1994 var det 12 procent.

Början på det nya

Det nya tog officiellt sin början den 18 oktober 1991. Kl. 10.00 samlades ledarna för den nya borgerliga majoriteten i Stockholms läns landsting för att gemensamt skriva under det politiska programmet för mandatperioden 1992–1994.

Egentligen hade processen inletts tidigare, när de borgerliga partierna skrev sina program inför landstingsvalet. Men bortsett från hos moderaterna var skrivningarna om alternativ och förändring av sjukvården inte särskilt precisa. På sedvanligt sätt utlovades mer och bättre sjukvård.

– Kds hade i landstingsvalet 1991 ett utomordentligt traditionellt program, minns år 2000 Stig Nyman, sjukvårdslandstingsråd (kd) och ordförande i HSN. Det kan knappast ha varit det som gav oss väljarnas stöd . . .

Valdebatten gav inte mycket information om vad som förestod. Visserligen hade m–fp–c i landstinget 1990 i en gemensam motion förordat förändringar – kds kom in i landstinget först i och med valet 1991 – men då var analys och förslag ännu ganska outvecklade.

Valrörelsen innehöll mycket kritik mot "socialdemokratiskt köelände". Vårdköerna var långa och allmänhetens missnöje stigande.

Ny sjukvårdspolitik

Den 18 oktober togs därför ett stort steg i riktning mot en ny sjukvårdspolitik i huvudstadsregionen. I det som kallades "Gemensam plattform för perioden 1992–94" anslag majoriteten en ton som bakom det politiska blomsterspråket angav att ett nytt synsätt hade vuxit fram.

Vår politik utformas med siktet inställt på 1990-talet i dess helhet. Vi kan inte omedelbart genomföra allt som vi anser önskvärt och riktigt. Men vi lovar att sätta in all vår gemensamma kraft för att under 1990-talet genomföra den förnyelse av landstingets verksamhet som krävs.

Med betoningen av det längre perspektivet angav Ralph Ledel (m), Knut Nilsson (c), Birgitta Rydberg (fp) och Stig Nyman (kds) att det fanns en borgerlig vision. Det högstämda språket påverkades, medger i dag flera av undertecknarna, av att en borgerlig regering formerats också i riksdagen. Nu fanns goda möjligheter att i samverkan mellan regering och landsting genomdriva en ny politik.

Varje sida i originalupplagan av "regeringsdeklarationen" är signerad av de fyra gruppledarna.

– Det var säkrast så, menar Ralph Ledel (m), i dag finanslandstingsråd. Var och en av oss måste godkänna varje skrivning, annars fanns det risk för att Knut Nilsson senare skulle opponera mot majoritetens åtgärder: "naj naj, det stour inte i plattfourrrmen", härmar Ledel den nilssonska ädelskånskan.

Om valkampanjen varit tämligen intetsägande var nu majoritetsdokumentet desto tydligare.

"Radikal förnyelse"

Under rubriken "Radikal förnyelse av den offentliga sektorn" tog fyrklövern höjd:

*Förnyelsen av den offentliga sektorn, inte minst landstingets verksamhet, är central för Sveriges fortsatta välstånd och välfärden för dem som på ett eller annat sätt är i behov av sjukvård, omvårdnad o s v. De förändringar som vi arbetar för bygger på **tilliten till enskilda människors vilja** och ansvar för sig själva och för varandra.*

Under den kommande mandatperioden kommer den enskilda människans behov och önskningar att mer än någonsin tidigare ligga till grund för förändringar av landstingets verksamhet. Det gäller såväl för alla som på olika sätt får del av landstingets service som för landstingets anställda. Den utveckling mot ökad valfrihet, mångfald och konkurrens som påbörjades under den borgerligt ledda mandatperioden 1985–88 skall fullföljas med kraft.

*För att stärka patientens roll behövs både ökade inslag av mångfald och valfrihet inom den offentliga vården, och ett **kraftigt utökat samarbete mellan privat och offentlig vård**. Genom att ta tillvara det bästa från olika huvudmän kan en utveckling ske mot såväl ökad valfrihet som bättre vårdkvalitet. Möjligheterna att lägga ut olika verksamheter på entreprenad skall prövas inom landstingets samtliga ansvarsområden.*

Endast genom att släppa fram alternativen och till fullo ta tillvara personalens idéer och kreativitet kan landstinget förena en förbättrad verksamhet med en god ekonomi. De anställda i landstinget skall ha möjlighet att bilda egna företag, kooperativ, stiftelser och andra samarbetsformer för att bedriva vård och annan verksamhet åt landstinget på fristående basis.

”Som Berlinmuren”

– Det var som Berlinmurens fall, säger Ralph Ledel. Vi öppnade för ett helt nytt synsätt: den enskildes styrka, att en mångfald av producenter skulle driva på kvaliteten, samarbete offentligt–privat, personalens engagemang . . .

Det kan vara motiverat att relativt utförligt uppehålla sig vid det här avstampet, eftersom det faktiskt markerade ett tydligt genombrott för nya idéer. Och därför att grundelementen i den borgerliga politiken varit uthålliga och återkommit i den nuvarande landstingsmajoritetens politik 1998–2002. Plattformen hade siktet inställt på sekelskiftet.

Kanske var det en realistisk framförhållning. Det tog ett decennium att förverkliga den miljö som nu gör det möjligt att konkurrensutsätta SLL:s samlade sjukvård.

”Framkörningen” av Den Stora Upphandlingen ligger alltså tio år tillbaka i tiden. Det finns (när det gäller praktisk politik) förvånansvärt raka spår mellan Plattformen från 1991 och de politiska direktiven till dagens konkurrensutsättning och sjukvårdsupphandling.

När det mer explicit gällde sjukvårdspolitiken uttryckte Plattformen att sjukvårdens nuvarande organisation inte motsvarade de krav som måste ställas

på en fungerande sjukvård. Köerna var för långa. Sjukvårdens organisation präglades i alltför hög grad av centralplanering, tröghet och byråkrati. Alla måste tillförsäkras rätten till god sjukvård, styrd utifrån den enskildes behov och önskemål.

Detta förutsätter ett system med en gemensam och solidariskt finansierad sjukvård. Däremot finns det ingen anledning att själva produktionen skall ske i offentlig regi. Att skilja på offentlig kontroll och finansiering å ena sidan och en fri produktion med enskilda, kooperativa och offentliga producenter å den andra blir den grundläggande principen för förnyelse av sjukvårdens organisation. Driften måste tillåtas ske i olika former, i offentlig regi eller genom att anlita enskilda vårdgivare, kooperativ eller stiftelser. Inom samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården skall anbudsinfordran prövas.

Sälja akutsjukhus

Efter att ha markerat att det skall vara "patienternas efterfrågan och de utförda prestationerna som styr vårdenheternas medelstilldelning" angav Plattformen:

Under den kommande mandatperioden skall landstinget sälja två akutsjukhus eller överföra dem i privat eller annan fristående form. Minst tio vårdcentraler skall överföras till privat drift eller till personalen om intresse för detta finns.

Vidare skulle 1992 etableringsfrihet införas för husläkare, liksom en vårdgaranti, varigenom länets invånare skulle vara försäkrade att inom tre månader få operation eller behandling för en rad åkommor.

Den akutmedicinska organisationen utanför sjukhusen skulle också förbättras. Det innebar konkret att ambulans- och helikopterservicen måste förändras. Det kom att bli den första större upphandlingen efter de nya riktlinjerna och en viktig vägvisare (se vidare i kapitel 5).

Psykiatrireform

Plattformen rymde naturligtvis betydligt mer än de här punkterna, som är mest relevanta för vårt förändrings- och konkurrensperspektiv. Till exempel angavs att den psykiatriska vården måste reformeras, vilket också senare skedde genom bland annat avvecklingen av mentalsjukhusen och samverkan med primärkommunerna.

Ett område där ingen större förändring har skett sedan 1991 är däremot samordningen av sjukvård och socialförsäkring. Här påpekade den borgerliga fyrklövern att "det är orimligt att en person går sjukskriven med ersättning under lång tid i väntan på operation, samtidigt som sjukvården saknar pengar att utföra operationen".

Trots borgerligt maktinnehav såväl i riksdagen som i SLL hände de följande åren inte mycket för att göra socialförsäkringarna effektivare. På den punkten tycks Berlinmuren för övrigt ha överlevt sekelskiftet.

"Målet kvar"

– I den här förändringsprocessen inom sjukvården var centerns Knut Nilsson pådrivande, förklarar Ralph Ledel. Han ville sälja ett eller två landstingsägda sjukhus. För min egen del insåg jag tidigt att ett privatägt sjukhus skulle öppna många möjligheter. Vi försökte sälja S:t Görans sjukhus under vår första mandatperiod. Då kom vi inte längre än till ett landstingsägt bolag. Men vi hade målsättningen helt klar redan 1994, när vi förlorat valet: vi skulle gå vidare från och med 1998. Arbetsformerna skulle kanske bli annorlunda men målet detsamma. Tack vare konkurrenskansliet 1992–1994 fick alternativen en väldig skjuts. Genomslaget blev så bestående att när vi kom tillbaka 1998 behövdes inget speciellt kansli för att driva frågan om mångfald och avknoppning. Då hade det redan blivit en naturlig del av verksamheten.

Rysningar

Andres Käärik (fp), landstingsråd med ansvar för primärvården, kompletterar moderatledarens bild:

– Ingen visste vad "beställare" var när vi beslutade skilja på beställning och utförande. Därefter fick den här principen snabbt genomslag. Den har givit politikerna en ny, meningsfull roll. Nu kan vi formulera krav på servicenivå, kvalitet och uppföljning. Det är en dramatisk skillnad mot det sena 1980-talet.

– Då satt vi ännu fast i voteringar om antalet sjukgymnaster på en viss vårdcentral. Sjukvårdsbudgeten var rena bemanningsplanen, ryser han vid minnet. I och med att sjukvården började bolagiseras ryckte vi upp mycket av det gamla med rötterna!

Generationsskifte

Käärik tror att en förklaring till genomslaget för de nya idéerna kan vara att det 1991 skedde ett generationsskifte bland landstingets ledande sjukvårdspolitiker. Då lämnade bl a Leni Björklund (s), Bo Könberg (fp) och Hans Åkerblad (m) över till yngre krafter. Käärik kom då själv in i bilden.

– Jag har själv ingen belastning av vad som hände tidigare . . .

"Kusinen från landet"

Stig Nyman, som före framgångsvalet 1991 var politisk sekreterare inom kds, medger att han då hade "mycket suddiga begrepp" om landstingspolitiken.

– Vi kände oss som kusinen från landet! Jag kastades tämligen oerfaren rakt in i den här stora förändringsprocessen. Konkurrensprogrammet presenterades direkt efter midsommarhelgen 1992. Själv kom jag till presskonferensen rakt från Danderyds sjukhus, där jag hade legat för en propp i lungan. Programmet var frejdigt och optimistiskt men gav till en början knappast något totalt gensvar från personalen. Att på det sätt som vi då gjorde ha procentuella mål för konkurrensutsättningen visade nog inte på så stor insikt i sjukvårdens verklighet.

– Konkurrensprogrammet talade om "konkurrens" 30–40 gånger per sida. Jag kom från näringslivet och såg hur konstigt det blev när mål och medel blandades ihop!

”Saknar erfarenhet”

Att landstingsrådskollegorna hade sin bakgrund i den offentliga sektorn tror han medverkade till konkurrensprogrammets ytliga bild:

– Ralph och Andres hade ju ingen erfarenhet alls från företagande och verklig marknadskonkurrens! Knut Nilsson tyckte sig däremot ha erfarenhet – han hade ju till 1950-talets slut arbetat på försäkringsbolaget Fylgia . . . Men utan tvekan angav programmet inriktningen för vårt fortsatta arbete. Det blev en förebild i många avseenden, menar i dag Stig Nyman. Vi bestod provet och backade inte när det blåste!

– Jag tror att alla vårdgivare som avknoppades under den perioden klarat sig. Och en SAF-studie nyligen visar att sysselsättningen hos de här entreprenörerna ökat påtagligt, jag vill minnas 30 procent! Det var inte bara den rena sjukvården som berördes, beskriver han:

– Jag kom själv som ordförande i landstingets omsorgsnämnd att se till att 90 procent av verksamheten kommersialiserades. Och införandet av tandvårdspeng för barn var ett annat viktigt moment i konkurrensmiljön.

Sanningen om tandvårdspengen

Stig Nyman ger sin version av hur tandvårdspengen kom till: det var 1993 och privattandläkarna ville inte godta ett system med kapiteringsersättning för att ta hand om barntandvård. (Kapitering innebär att en tandläkare svarar för ett visst antal patienter och årligen får en summa för att ge hela gruppen vård, motsvarande antalet individer gånger ett fast belopp.)

– Jag gick förbi en tobaksaffär där löpsedeln till en kvällstidning förkunnade att Stockholm stad skulle införa skolpeng. Aha, tänkte jag, borde inte en liknande modell kunna användas för tandvården? Så jag ringde dåvarande tandvårdschefen Bertil Koch – det var fredag eftermiddag – och frågade om detta inte vore möjligt. ”Fullständigt otänkbart”, var hans spontana besked. Men samma veckoslut ringde han mig och presenterade i telefon en skiss till tandvårdspeng! Den blev sedan verklighet. Det var kanske inte något särskilt

genomtänkt arbetssätt, men effektivt! Att arbeta med avknoppning och entreprenörer visade sig vara en väldigt rationell metod. På så sätt har vi kunnat ta vara på nya idéer och engagemang från människor som brinner trots all utbrändhet, menar Stig Nyman.

Avknoppning

När han summerar resultatet av mandatperioden 1992–1994 blir ett av de starkaste intrycken personalens ökade engagemang till följd av de nya driftformerna.

– Det gav många medarbetare aha-upplevelser när de under avknoppningsutbildningen insåg varför saker och ting fungerade som de gjorde på deras arbetsplats . . .

Nöjda med facit

När landstingsledningen 1992–1994 summerar sin mandatperiod blir facit – kortfattat – att sjukvårdspolitiken fördes in på nya banor. Beställande och utförande separerades. Nya, tydligare roller etablerades.

SLL:s konkurrenskansli hjälpte 1992–1994 fram en mängd små och medelstora vårdföretag, ägda av landstingsanställda som blivit entreprenörer. "Avknoppningen" visade sig framgångsrik. Alla entreprenörer utom en finns fortfarande kvar på "marknaden". Privata, ofta personalägda, sjukvårdsföretag har visat sig passa in i det svenska systemet.

Kundvals-system infördes inom barntandvård och mödrahälsovård. Inom öppenvården infördes ett husläkarsystem byggt på kapitering. Stockholmarna skulle, med varierande grad av vanda eller entusiasm, för första gången få välja vårdgivare – en nog så stark signal om nya tider.

Förändringsprocessen fick draghjälp av att Sabbatsbergs sjukhus bjöds ut på entreprenad. En uppgörelse med ett internationellt konsortium var nära, men de garantier SLL erbjöd visade sig vara otillräckliga för att utländska företag skulle våga ge sig in på den osäkra och politiserade svenska vårdmarknaden. I stället avvecklades Sabbatsberg som akutsjukhus och banta-

des till ett närsjukhus i privat regi. S:t Görans sjukhus omvandlades 1994 till aktiebolag och kom snabbt att visa upp en förbättrad ekonomi, mycket genom att man kunde överta uppgifter från Sabbatsberg.

Båda är i dag flaggskepp i SLL:s förnyelseflotta. Sabbatsbergs närsjukhus därför att ett nytt vårdkoncept därmed lanserades och för att ägaren M&M Medical visat sig vara så framgångsrik att internationella finansintressen (Hongkong Shanghai Bank) köpt aktiemajoriteten. Och S:t Göran genom att först redovisa rekordartad produktivitetsökning (30 procent) och sedan säljas till Bure/Capio AB och bli Sveriges första privatägda akutsjukhus (möjligen föreligger ett samband mellan ekonomisk uppryckning och säljbarhet).

Upprört tonfall

Att i dag läsa tidningsrubrikerna om Sabbatsberg och S:t Göran från de här dramatiska veckorna för sex år sedan är intressant. Det känns mycket avlägset.

Kombinationen "privat", "vinstdrivande" och "utländsk" skapade krigsstilsrubriker. Att sjukvården nu var allvarligt hotad stod klart. Privata intressen kunde bara väntas vilja skumma grädden av mjölken och lämna vattvälling åt de sjuka. Utlänningar hade ingen aning om de speciella svenska förhållandena och förresten var svensk sjukvård bäst – så det så...

Möjligen begränsades polemiken något av att personalen vid såväl S:t Göran som Sabbatsberg var mycket intresserad av att driva sjukhusen vidare i egen regi. Engagemanget var till och med sådant att när nya finanslandstingsrådet Bosse Ringholm (s) efter regimskiftet 1994 begav sig till S:t Göran för att ta tillbaka bolagiseringen och "rädda" personalen, fick han återvända med oförrättat ärende.

År 2000 erbjuds medarbetarna på S:t Göran personaloptioner.

Stockholmsmodellen

Från och med 1995 års landstingsbudget fick den DRG-baserade så kallade Stockholmsmodellen fullt genomslag (det experimenterande 1980-talet var

fyllt av Dala-, Bohus- och andra modeller). Den innebar, förutom standardiserad prestationsersättning och beställar–utförar-system, att SLL:s nio sjukvårdsområden fick en starkare ställning. Marschen bort från den stora, centrala överbyggnaden hade inletts på allvar.

Sjukvårdsområdena – vart och ett stort som ett ordinärt svenskt landsting – försågs med en befolkningsrelaterad totalbudget som skulle rymma bl a primärvård, psykiatri och geriatrik. Slutenvård skulle köpas genom avtal mellan område och sjukhus. En intern marknad för stödfunktioner som röntgen, laboratorieverksamhet med mera inrättades.

Äntligen styrmedel

Nu kunde landstingspolitikerna konstatera att de för första gången hade ett kraftfullt redskap i sin hand. Stockholmsmodellen hade mer än motsvarat förväntningarna när det gällde att öka produktiviteten, förbättra kvaliteten och frammana mångfald.

Sjukvårdsproduktionen hade ökat. Köerna hade kapats. Det började finnas grogrund för nya förhållningssätt och arbetsmetoder.

Genom avtalen hade beställarna också fått möjlighet att formulera sina krav på vårdtjänsternas utformning. "Beställarpolitiker" kunde börja fundera på vad deras uppdragsgivare – väljarna – ville ha ut av sjukvården.

Mer men dyrare

Medaljen hade dock en baksida – och en mycket besvärande sådan.

Dittills hade politiker som krävt fler operationer och behandlingar för att minska köerna fått svaret att så kunde ske bara om nya resurser anslogs. Detta argument föll nu till golvet i operationssalen. Plötsligt visade sig samma vårdapparat som några år tidigare omöjligen kunde öka prestationerna med en enda gallröntgen rymma väldiga förbättringsmöjligheter.

(Det var för övrigt inte sista gången ekonomiska incitament inom sjukvården överraskade politikerna. Hösten 2000 har beställarpolitikerna i landstinget

förvånat kunnat notera att ett par av de stora sjukhusen nu vill vara med i budgivningen om en privat driven förlossningsklinik! Förlossningsvården har länge varit en trång sektor och landstingets sjukhus har tidigare hävdat att kapaciteten är fullt utnyttjad. I det nya marknadsklimatet upptäcker bolagiserade sjukhus plötsligt ledig kapacitet.)

Marknadens triumf?

När varje ny behandling gav det tidiga 1990-talets vårdgivare ökade marginalintäkter avslöjades raskt stora prestationsreserver. Så här långt hade "marknaden" triumferat.

Sedan produktivitetsvinsterna av systemomläggningen tagits hem 1991–1994 började emellertid styckekostnaderna åter öka på ett oroande sätt. Nu producerades plötsligt för mycket sjukvård jämfört med budget!

Beställar–utförar-mekanismen ökade prestationerna men klarade inte kostnadskontrollen. Varje DRG-berättigat ingrepp gav ju en marginalintäkt till sjukvårdsproducenten. Kostnaderna drog iväg.

Marknadskrafterna hade inte fungerat så dramatiskt som somliga väntat sig – eller befarat. Sjukhusstrukturen var fortfarande densamma. Inget sjukhus hade lagts ned på grund av låg efterfrågan. Överkapaciteten bestod. Problemet hade inte lösts av sig själv.

Nu måste någon betala för den alltför stora kostymen.

Omställning tar tid

Därmed bekräftade Stockholmsmodellen internationella erfarenheter: marknadsinslag ökar patientens valfrihet men på kort sikt förändras patientströmmarna bara marginellt. Nya beteenden slår igenom långsamt (till exempel att utbyggd primärvård avlastar sjukhusvården).

Patienten är inte så lättflyttad som man kan tro. Kvaliteten ökar marginellt eller förblir oförändrad (inte heller beställarna hänger med i utvecklingen och förmår inte på kort sikt formulera krav på höjd kvalitet). Totalkostnaden stiger.

“Min ideologi att ta ansvar”

Detta lämnade hösten 1994 en tickande bomb i knät på den nya (s)-ledda landstingsmajoriteten. Den ekonomiska analysen hade en besk smak: till 1998 måste sjukvårdens kostnader bantas med cirka 15 procent, eller tre miljarder kronor. Annars skulle SLL hamna i påtagliga ekonomiska svårigheter.

På nytt stod sjukvården i SLL inför en ekonomisk kris. Men den här gången fanns ingen luft som lätt kunde kramas ur systemet.

– Min ideologi är att ta vara på möjligheterna och ta ansvaret för ekonomin, säger Elaine Kristensson (s), färgad av det tunga arbetet 1994–1998 att som sjukvårdslandstingsråd förbättra vårdens kostnadsläge.

Hon berättar om de osäkra hypoteser som sjukvården vilat på.

– Nu har Stockholmsmodellen snart tio år på nacken. Men jag vet fortfarande inte om vi gör bra beställningar. Att produktiviteten ökade med hjälp av *pay for service* är uppenbart. Det var mycket luft i köerna som därigenom kapades. Men därefter finns det nog inte mycket mer att ta ut. Sedan 1980-talet har det pågått diskussioner om behovet av större strukturförändringar i vårt län. Det fanns för många sjukhus, helt enkelt.

– Förhoppningen var nog allmänt att Stockholmsmodellen skulle lösa problemet utan att politikerna behövde fatta smärtsamma beslut om att lägga ned någon enhet, tror Elaine Kristensson och fortsätter: Tanken var att medborgarnas ökade valfrihet skulle leda till att bara den bästa sjukvården efterfrågades. De sekunda lösningarna skulle då gallras ut. Den så kallade marknaden skulle hantera överkapaciteten.

Verkligheten överensstämde inte riktigt med ritningarna, konstaterar hon i dag:

– Men så fungerar det knappast i verkligheten. Patienten har ju väldigt svårt att bedöma kvalitetsskillnaden!

Politiska beslut måste till

Elaine Kristensson och hennes allierade inom vänsterpartiet och miljöpartiet drog slutsatsen att det krävdes politiska beslut om förändringar. Med tanke på ekonomin gick det inte, menar hon, att som den föregående majoriteten vänta på de självreglerande krafterna. Finanslandstingsrådet Bosse Ringholm (s) var inte heller det slags politiker som satte sin tilltro till marknaden.

Därmed var det dags för en ny gir: det borgerliga konkurrensprogrammet ersattes av Utvecklingsplanen för hälso- och sjukvården. Huvudsyftet var att uppnå ekonomisk balans i sjukvården, med bibehållen kvalitet.

Precis som under den borgerliga perioden 1992–1994 hade konkurrensfrågorna en roll i den nya majoritetens program. Ingen kunde längre bortse från att tävlan mellan producenter skapade engagemang hos personalen och öppnade för ett nytt klimat. På bara en mandatperiod hade perspektivet förskjutits markant.

Pragmatism

Med Bosse Ringholm som ny "regeringschef" efter moderaternas Ralph Ledel var det dags för en mer skeptiskt pragmatisk inställning till konkurrens.

Under föregående mandatperiod har konkurrensfrågorna stått i fokus. Då betraktades konkurrens som ett mål i sig, och inte som ett medel att åstadkomma en bra offentlig verksamhet. Detta tog sig bland annat uttrycket att konkurrensutsätta en viss andel av verksamheten, oavsett om det ur strategisk synvinkel var lämpligt eller ej, och oavsett om det gagnade verksamheten.

På grund av de ideologiska övertoner som legat bakom detta synsätt finns det anledning för landstinget att uttala nya vägledande principer avseende konkurrensfrågorna.

Ny linje

Så introducerade Bosse Ringholm år 1995 den nya landstingslinjen: konkurrens var ett av flera medel att förbättra verksamheten, vilket alltid skulle

vägas mot andra tänkbara redskap. Innan konkurrens mellan producenter tillgreps skulle först den egna organisationen få chansen att trimma sin verksamhet, annars skulle en vinnande extern anbudsgivare kunna göra "övervinster" genom att suga ut "luften" i landstingets verksamhet.

Redan detta synsätt visar att konkurrensens andemening rotat sig även i det socialdemokratiska tänkandet. Det var inte längre tal om egenregins överlägsenhet eller att upphäva det som hade genomförts av borgerliga majoriteter. Dessutom, slog finanslandstingsrådet Ringholm fast, skulle egenregin alltid vara med i anbudstävlingen. Denna signal kunde lugna de personalgrupper som var negativa till konkurrensutsättning. Balansgången med arbetarkommunen och LO-distriktet blev lättare att klara om detta slags stötdämpare skrevs in. Erfarenheterna visade dock att egenregins bud hade svårt att bli konkurrenskraftiga.

Konkurrensens komplikationer

Den socialdemokratiska linjen tydde på insikt om de faktiska problem som konkurrensutsättning kan leda till, till exempel att aktörer dumpar sina priser för att ta hem uppdrag (beteenden som inte varit ovanliga inom den kommunala upphandlingen av äldreomsorg) eller att landstinget kan bli beroende av en enda stor producent. Dessa varnande argument hördes knappast alls under den föregående borgerliga perioden.

Det kan vara av intresse att visa på dessa olikheter, eftersom de – enligt min uppfattning – illustrerar två olika förhållningssätt, som vi under de här åren återfinner även i andra avseenden.

Målmedvetet

De borgerliga, ledda av det allt större moderata partiet, drev under hela 1990-talet målmedvetet och aggressivt en enkel, starkt värdebaserad politisk argumentation: monopol är dåligt, mångfald bra. Konkurrens leder till valfrihet för patienten. Ju fler entreprenörer desto större valmöjligheter.

Socialdemokraterna hamnade i ett slags limbo. Det var varken opinionsmässigt eller sakligt möjligt att längre hävda att landstingets produktions-

monopol skulle bestå. Å andra sidan tillät den interna opinionen inom Rörelsen inte alltför långtgående "högervridning". Utvägen blev en utslätat pragmatisk inställning, som knappast tillfredsställde någon.

När den ideologiska argumentationen förträngdes bredde praktiska och ekonomistiska synsätt ut sig. Mandatperioden 1995–1998 präglades från s–v–mp-majoriteten av ansvarstagande för den försämrade landstingsekonomin i form av impopulär omstrukturering av sjukvården.

Grämelerat

Det var ett grämelerat gnetande som stod i kontrast till den borgerliga oppositionens fortsatta ideologiska budskap.

– Visst, medger i dag Elaine Kristensson (s). Hade vi haft ekonomisk handlingsfrihet hade inriktningen säkert blivit en annan. Men vi var framför allt tvungna att ta ansvar för ekonomin!

Ett konkret uttryck för motsättningen var upphävandet 1995 av husläkarreformen. Återinförandet av det så kallade områdesansvaret var rationellt från planeringssynpunkt. Men många uppfattade förändringen som att sjukvården åter skulle bli anonym och svårtillgänglig.

Redan 1992 hade HSN-staben gjort en utredning av sjukhusstrukturen i länet. Där drogs slutsatsen att det fanns överkapacitet inom sjukhusvården som borde tas bort. Analysen mynnade ut i förslaget att lägga ned, eller renodla, verksamheten på Löwenströmska, Nacka, Sabbatsberg och S:t Görans sjukhus.

Som vi redan sett blev Sabbatsberg ett närsjukhus främst för planerad dag-sjukvård, medan S:t Göran överlevde genom att bolagiseras. Kvar bland spelbrickorna var de båda mindre enheterna Löwenströmska och Nacka.

Den nya ledningens dokument kom att heta "Utvecklingsplan för sjukvården 1996–98". Korrekt men inte särskilt säljande.

Koncentration

Utvecklingsplanen tacklade den dyra högspecialiserade vården genom att vilja koncentrera den till de båda universitetssjukhusen Karolinska (KS) och Huddinge (HS) medan övriga sjukhus fick lämna ifrån sig resurser och kompetens. Mellan KS och HS skulle en arbetsfördelning skapas för att motverka kostnadskrävande dubbeletablering.

Övriga sjukhus – Norrtälje, Danderyd, S:t Göran, Södersjukhuset och Södertälje – skulle svara för så kallad bassjukvård i sitt närområde. Beroende på upptagningsområdets behov kunde olika inriktningar vara möjliga.

Förhoppningen var att upprepa succén från 1994. Avvecklingen av Nacka och Löwenströmska skulle öka trycket på akutsjukhusen och framtvinga samma slags produktivitetshöjning som S:t Göran genomgått då Sabbatsberg stängdes. Den här gången fungerade dock inte samma matematik.

Genom att upphäva husläkarreformen hade landstinget skaffat sig ett starkare planeringsredskap över primärvården. Nu skulle svensk sjukvårds kanske främsta svaghet – dålig samverkan mellan primärvård och sjukhusvård – kunna bearbetas.

Renodlingen av sjukhusens uppgifter skulle minska trycket på akutmottagningarna och styra fler patienter till den lokala primärvården. Denna skulle byggas ut och avlasta slutenvården.

Systempropp

Den kommunala sjukvården med inriktning på sjuka äldre hade snabbt vuxit i omfattning sedan den så kallade ÄDEL-reformen 1992. Samverkan mellan landstings- och kommunsjukvård fungerade emellertid dåligt. Många patienter hamnade i kläm, med långa väntetider och osäkra besked.

Så kallade färdigbehandlade gamla, som landstingssjukvården inte kunde göra mer för, skulle enligt de nya reglerna snabbt överföras till kommuner-

nas sjukhem. När denna kommunikation fungerade dåligt blockerades dyra platser i akutsjukvården. Om de båda huvudmännen här kunde samverka bättre skulle en elakartad propp i systemet lösas upp.

Avsikten var att Utvecklingsplanens kombination av strukturförändringar och ökat samarbete skulle sänka värdkostnaderna med hela tre miljarder kronor. Detta var vad som krävdes för att skapa balans i landstingets ekonomi (konvergenskraven på de kommunala budgetarna började nu bli en besvärande realitet landet runt). Ingen anade 1995 att Bosse Ringholm några år senare som finansminister skulle se till att den kommunala budgetdisciplinen efterlevdes.

Nådde minst halva vägen

Ringholm och Kristensson nådde halvvägs: SLL:s revisorer har uppskattat att det ekonomiska gapet halverades.

Det var ändå ett stort steg framåt. Kanske skall resultatet rätteligen ses som att kostnadsnivån sänktes med eftersträlvade cirka tre miljarder kronor jämfört med om inget alls hade skett. Varje "besparing" i sjukvården tenderar dock att devalveras; när den väl hunnit genomföras har löner, läkemedelskostnader och användningen av medicinsk teknik fördyrats så att nettoeffekten blir mindre än planerat.

Det var svårigheterna att förändra främst primärvården som blockerade det förväntat kraftfulla genomslaget av Utvecklingsplanen.

Svårt rå på primärvården

I sin utvärdering av planen konstaterar Socialstyrelsen (SoS) att "primärvårdens huvudsakliga verksamhetsinnehåll förblivit oförändrat...".

Tvärtemot intentionerna minskade 1994–1998 den andel av sjukvårdens resurser som tilldelades primärvården. "Satsningen" frös inne. Någon säker uppdelning i akut och planerad sjukvård fanns inte. Trycket på akutmottagningarna bestod.

”Utvecklingsarbetet inom primärvården är alltför osystematiskt för att kunna leda till resultat”, var en av SoS ampra slutsatser.

Praktisk vision

Visionen låg, säger Elaine Kristensson, i beslutsamheten att få ordning på sjukvårdens ekonomi.

Förhoppningen var att det skulle kunna ske genom samverkan mellan offentliga och privata producenter. Det fanns från (s) också en förhoppning att det skulle gå att skapa en gemensam syn på sjukvårdens framtid, över blockgränserna. Mot slutet av mandatperioden fördes därför omfattande överläggningar med oppositionen.

– Med tanke på situationen inom sjukvården var det nödvändigt att ta rejäla tag. Vi ville ha bred samling men oppositionen ägnade sig bara åt kritik. Slutsatsen av åren 1994–98 är att det är svårt att åstadkomma samling kring sjukvården, konstaterar hon desillusionerat i dag.

En annan slutsats kan vara att enigheten egentligen är mycket stor, låt vara att munhuggningen i landstingssalen och i valdebatter ger motsatt bild. Inget av blocken kan emellertid lita på att det andra inte utnyttjar sjukvårdens problem för att knipa politiska poäng.

Sedan Bosse Ringholm hade lämnat landstinget efterträddes han av Claes Ånstrand, numera statssekreterare i socialdepartementet. Bosse Ringholm och Ralph Ledel hade aldrig kunnat resonera med varandra. Claes Ånstrand förde in en helt annan samtalston.

Vintern 1997 till våren 1998 tog han initiativet till överläggningar med den borgerliga oppositionen. Syftet vara att samtalsvis förankra lösningar för sjukvården, vilka skulle fortleva över eventuella regimskiften.

Samförstånd

Utsagor från den lilla grupp politiker och tjänstemän som deltog i samtalen tyder på att man i praktiken enades om utveckling av beställar–utförar-sys-

temet, mångfald i produktionen, fortsatt avknoppning och bolagisering av landstingets sjukhus. Smärtgränsen gick vid försäljning av landstingsägda sjukhus.

Dessutom enades man om förändringar av sjukvårdens ledningsorganisation: antalet sjukvårdsområden bantades till sex (Ralph Ledel ville ha bara tre, så sex blev en kompromiss med tanke på de befintliga nio områdena). HSN skulle stärkas genom att varje områdesordförande skulle ta plats i nämnden – därmed skapades en politisk ledningsgrupp för sjukvården. Och sjukvårdsdirektören fick som högste tjänsteman rätt att tillsätta chefen för varje sjukvårdsområde.

När valet 1998 återigen ledde till maktskifte i landstingshuset hade alltså en del viktiga strukturförändringar i praktiken redan genomförts. Ekonomin var bättre än den skulle ha varit utan den impopulära ringholmska späkningen. Det fanns samsyn i nästan alla betydelsefulla frågor.

Efter ett par årtiondens blod, svett och tårar fanns en bred majoritet för att lägga den operativa ledningen för sjukvården långt bort från landstingspolitikerna.

Tog vid där man slutat

Den nya borgerliga trepartikoalitionen, där centern hade försvunnit, startade med att återuppliva den konkurrenspolitik man tvingats överge 1994. Nu skulle konkurrensstrategin integreras. Ett speciellt konkurrenskansli behövdes inte längre.

– Vi tog vid där vi slutade 1994, säger sjukvårdslandstingsrådet Folke Schött (m). Det var bara att köra igång igen!

Direkt efter maktskiftet återinfördes den vårdgaranti som hade varit upphävd 1994–1998. Det bolagiserade S:t Görans sjukhus såldes våren 1999.

S:t Göran

Överlåtelseavtalet kom att få en viktig ingrediens.

I landstingsfullmäktiges beslut sätts försäljningen in i sitt sammanhang.

Landstinget är både en dominerande vårdgivare och finansär av sjukvården i Stockholms län. Det är viktigt för framtidens hälso- och sjukvård att skapa och vårda ett varierat utbud med en mångfald av vårdgivare och stor valfrihet för patienterna. Konkurrens mellan olika vårdgivare om utvecklingen av vården ger högre kvalitet. Konkurrens öppnar också möjligheter för yrkesutveckling och en positiv löneutveckling. Bure Hälsa och Sjukvård AB:s köp av S:t Görans sjukhus är ett steg i arbetet för fria och självständiga sjukhus.

Lika självklart som att tillgången till vård skall vara en rätt för alla och att finansieringen skall vara allmän och obligatorisk. Lika naturligt borde det vara att det finns en mångfald bland vårdgivare. Mångfald stimulerar nytänkande, skärper kvaliteten och skapar möjligheter till valfrihet för både patienter och vårdpersonal.

Denna "portal" återfinns i alla landstingets beslut om ändrad driftsform för SLL:s sjukhus; även Huddinge, Danderyd och S:t Eriks ögonsjukhus är nu bolagiserade.

Avgörande villkor

Från Bures sida var det viktigt att förvissa sig dels om att S:t Göran i framtiden skulle få konkurrera på samma villkor som landstingsägda sjukhus, dels kunna ta nya marknadsandelar vid upphandling. Ett villkor var därför att SLL förband sig att konkurrensutsätta sjukvården i större skala.

I avtalets fjärde paragraf åtar sig landstinget att verka för att så sker. Där slås fast att minst samma volym sjukvård som nu produceras av privatägda vårdgivare och de båda bolagiserade sjukhusen Huddinge och Danderyd tillsammans, från och med 2003 (när nuvarande avtal går ut) skall upphandlas från entreprenörer och bolagiserade sjukhus.

Skulle parterna finna att sådan konkurrensutsättning inte kan äga rum skall S:t Görans avtal förlängas med minst samma volymer och till och med 2006.

Konkurrenstorped

Därmed försäkrade sig landstingsledningen och Bure i praktiken om att hela akutsjukvården inom SLL skulle konkurrensutsättas. I annat fall skall S:t Görän automatiskt få förlängning av sitt avtal, vilket vore svårt att acceptera för inte minst vänstersidan i SLL.

När upphandling sker i konkurrens kommer S:t Görän att ha en stark position som regionens mest konkurrenskraftiga sjukhus.

Paragrafen har kallats en torped i skrovet på systemet. Den har utmålats som ömsom satanisk, ömsom klok och välavvägd. Någon menar att den egentligen är överflödig eftersom LOU (Lagen om Offentlig Upphandling) hur som helst förutsätter upphandling i konkurrens.

Är detta Privatiseringens Grand Design eller vanlig landstingspolitik?

Skjuter från höften?

Och hur väl bygger den nuvarande politiken med Den Stora Upphandlingen 2003 på analys och konsekvensbedömningar? Har alternativen blivit utredda när "världens största upphandling" har planerats de senaste åren? Måste man följa LOU, som allmänt anses hämma kreativitet och flexibilitet? Vore det ett alternativ att i stället utan upphandling licensiera vårdgivare, som man gör i några kommuner? Skjuter landstingsledningen från höften?

Röster om S:t Görän-avtalet:

– Jag insåg tidigt att ett privatägt sjukhus skulle öppna helt nya perspektiv, säger finanslandstingsrådet Ralph Ledel (m). Om detta var möjligt skulle mycket annat också kunna hända. Att göra S:t Görän till murbräcka var ett strategiskt grepp! Själva konkurrensparagrafen var däremot mer av en tillfällighet, menar han. Den var inte särskilt genomtänkt utan kom till i nattens mörka timmar. Ingen hade nog klart för sig vilka konsekvenserna skulle bli.

Bures förhandlare, som krävde detta slags markering i avtalet, hade förmodligen bilden klarare för sig än landstingspolitikerna.

– S:t Göran-avtalet är mycket förmånligt för SLL, betonar Ralph Ledel. Den köpta produktionen är 30 procent billigare än vad vi själva skulle kunnat åstadkomma.

– Det var inte läge att fråga hur man tänkte sig fortsättningen, säger en tjänsteman med insyn i förhandlingarna om S:t Göran. Mitt intryck var att ledningen tyckte att man genom försäljningen hade fått en frist på fyra år och att det nu var HSN-stabens sak att ordna till en framtida upphandling av akutsjukvården.

På fast mark?

Att man från socialdemokratiskt håll är orolig och kritisk till delar av konkurrensutsättningen är känt, särskilt till den kommande upphandlingen av akut-sjukvården, DSU 2003. Det har lett till att man nu kräver att processen avbryts och inte återupptas förrän pågående entreprenader har hunnit utvärderas.

– Här finns många oklarheter som borde ha utretts innan man beslutade att gå igång, menar Elaine Kristensson. Det är märkligt att ingen strategidiskussion har förts inom landstinget: vad vill vi ha ut av DSU? Här är den borgerliga plattformen helt otillräcklig. Det saknas förebilder och kompetens att driva en så här stor process.

– Varje förändring av sjukvården som inte sker i enighet saknar legitimitet, invänder Anders Lönnberg, landstingspolitiker och VD för akademikerorganisationen SACO.

Han tog våren 2000 initiativ till en bred uppgörelse för att SLL – i stället för att binda sig för DSU-strategin – under två mandatperioder skulle släppa fram lokala utvecklingsprojekt inom sjukvården. Hundra blommor skulle blomma.

Ralph Ledel bekräftar att det mellan partierna har förts diskussioner om att pröva Lönnbergs förslag men att frågan rann ut i sanden, "såvitt jag förstår stötte sossarna i landstinget på patrull hos arbetarkommunen".

Missade möjligheter

Men tveksamheter när det gäller den bakomliggande analysen och strategivalet hörs intressant nog inte bara från oppositionen. Även inom majoriteten märks viss eftertanke.

– När upphandlingsdiskussionerna tog rejäl fart 1992–1993 blev det som det blev, menar folkpartiets Andres Käärik. Ingen såg då något behov av att analysera huruvida vi kunde nå målen med andra medel än offentlig upphandling.

Det hade, säger han, vid 1990-talets mitt varit naturligt med en grundläggande analys inom SLL av förutsättningarna för konkurrensutsättningen. Men så skedde aldrig.

– När vi kom tillbaka 1998 hade vi inte tid med analyser. Vi vred bara klockan tillbaka fyra år och tog vid där vi slutat. Jag kan inte minnas att vi då förde några resonemang om strategier och konsekvensanalyser! Efter valsegrar är man inte långsiktig. Då gäller det att komma igång. Det hade säkert varit bra om vi analyserat handlingsalternativen. Den möjligheten missade vi, medger Andres Käärik.

Det hade också betydelse att socialdemokraterna 1999 lämnade den eftervalet inrättade organisationsberedningen, som skulle vara en arena mellan majoritet och opposition när det gällde utvecklingsresonemang. Därmed avtog intresset för analys.

Käärik anser att det inom SLL inte längre finns "ideologer på tjänstemannasidan" som tar upp detta slags övergripande och långsiktiga frågor.

Vilka konsekvenser?

Det finns läkare och tjänstemän som ifrågasätter det meningsfulla i att konkurrensutsätta sjukhus om man inte är beredd att ta konsekvenserna. Blir processen seriös om det från början är bestämt hur många sjukhus som skall finnas kvar? Inser politikerna att det är skillnad på bindande civilrättsliga avtal och politiska beslut?

”Intuitivt”

Och HSN:s ordförande Stig Nyman (kd) – politiskt ytterst ansvarig för DSU 2003 – anser att förberedelserna har präglats av ”en hel del intuitivt beslutsfattande”.

– DSU-uppdraget får nog sägas vara analyserat i någon mån. Hela konceptet finns ännu inte utan måste utvecklas. Det återstår ett viktigt programarbete om vi skall kunna hålla tidsplanen! Vi arbetar med osäkerheter och kan aldrig räkna med att få alla svar. Det ena får ge det andra. Men vi kan inte dröja, utan måste skapa momentum!

Ideologisk bas

Även om DSU-processen alltså tycks ha vita fläckar har den ideologiska plattformen för den borgerliga sjukvårdspolitiken successivt utvecklats.

Med fokus på vården är titeln på de tre koalitionspartiernas budget för 2001. Den är fylld av politiska paroller men ger också en ganska god bild av hur majoriteten ser på förändringen av landstingets sjukvård.

Det finns grundläggande värderingar bakom det mångfaldsarbete som nu präglar vårt landsting. Det är den genuina tron att mångfald berikar oss och att alternativ är någonting positivt. Det ger oss möjlighet att välja, det ger oss möjlighet att utvecklas.

Vi måste flytta fokus på sjukvården från det tidigare ovanifrånperspektivet och sätta patientens behov i centrum. Här är avknoppningar, konkurrensut-sättning och bolagiseringar viktiga verktyg. Personalen måste ges möjlighet att få ett större inflytande över verksamheten.

Detta ger sjukvården i Stockholms läns landsting en långsiktig hållbarhet och en väl fungerande organisationsstruktur. De omfattande förändringar vi nu ser i Stockholms läns landsting kommer sannolikt att sprida sig över hela landet och fungera som inspirationskälla.

Inget fel på självförtroendet . . .

Det är svårt att föreställa sig att den föregående rödgröna majoriteten skulle ha uttryckt sig på liknande sätt.

Nygammalt

Budgeten för 2001 avspeglar den politik som lades fast när den nygamla konkurrensstrategin beslutades i juni 1999 – det viktiga beslut jag berättade om i början av kapitlet. Det vill säga att all landstingsägd verksamhet inom primärvård, öppen psykiatri, geriatrik och omsorgsverksamhet skall erbjudas medarbetarna att driva genom så kallad avknoppning. Där ingen intresseanmälning kommer från personalen skall verksamheten bjudas ut för sedvanlig upphandling.

Den sedan i år bolagiserade folktandvården berörs formellt inte av konkurrensutsättningen, men också här avknoppas i praktiken vissa enheter.

Maktodelning

Kanske ännu viktigare än beslutet om avknoppningsprogrammet var den nya majoritetens renodling av beställar–utförar-systemet.

Redan ett par månader efter valet beslutade landstingsfullmäktige den 8 december 1998 att genomföra en förändring av sjukvårdens organisation och styrsystem. De utgick från den uppgörelse som före valet hade träffats över blockgränsen.

Enligt fullmäktiges beslut skapas härmed "en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan å ena sidan de förtroendevalda, vilka har att avgöra VAD och hur mycket som skall utträttas, och å den andra sidan producenter som svarar för HUR detta uppnås".

Innebörden av denna nyordning blev att HSN gjordes till en renodlad, central beställarnämnd, som även har planeringsansvaret och är överordnad de sex (tidigare nio) sjukvårdsområdena, som upphandlar primärvård. HSN skall svara för upphandlingen av akutsjukvård.

S:t Görans sjukhus har sålts. Huddinge och Danderyds sjukhus har bolagiserats som uttryck för att ansvaret renodlas. Nu skall professionella ledningar få styra dessa aktiebolag. Karolinska och Södersjukhuset står näst i tur att bli landstingsägda aktiebolag (så gott som alla sjukhus tycks för övrigt vilja bli bolag, Norrtälje är senast i raden av kandidater).

Seglivad

En ny nämnd, Produktionsstyrelsen (PrS), inrättades för att styra den förvaltningsdrivna sjukvården, d v s de enheter som inte bolagiseras eller läggs ut på entreprenad. Denna nämnd utsågs först på bara ett år, den höga ambitionen var att den därefter skulle bli obehövlig.

Sedan dess har den fått förlängt mandat för hela mandatperioden. PrS är jämställd med HSN och har ett eget kansli och "produktionspolitiker" (låt vara bara på deltid, jämfört med de tre heltidsarvoderade "beställarlandstingsråden"). Förändringsviljan är stor men byråkratins makt större.

Under PrS sorterar fyra produktionsområden, motsvarigheter till beställarorganisationens sex sjukvårdsområden. Här finns också den bolagiserade folktandvården och de fyra, ännu förvaltningsdrivna akutsjukhusen Norrtälje, Karolinska, Södersjukhuset och Södertälje.

"Bolagssjukhusen" Huddinge och Danderyd, som arbetar utifrån den jämfört med förvaltningspolitiken glasklara aktiebolagslagen, ligger under landstingsstyrelsen, SLL:s "regering".

I och med dessa beslut har förutsättningarna formerats för att även vårdens kärna, akutsjukhusen, skall kunna konkurrensutsättas.

Politikerna tycks till sist ha erövrat makten över sjukvården från administrationen och professionen. Men det är inte en position de får behålla. Ty den långa maktkampen har, ironiskt nog, avgjorts genom att politiken i sin tur lämnar över till patienterna och "marknaden".

Uppmarschen för DSU 2003 pågår.

* * *

Detta slags tillbakablick väcker många frågor. Ett par är särskilt intressanta:

- **Är konkurrensutsättningen av sjukvården bara ytterligare en i raden av doktriner som sökt styra sjukvården i SLL? Eller är detta "slutet på politiken"?**
- **Vad blir kvar av förtroendemannarollen när allt starkare vårdkonsumenter och välfärdsmarknader tar för sig?**

4. Drivande visioner

Vilka är de politiska visioner som driver konkurrensutsättning och upphandling av sjukvården i Stockholms läns landsting?

Vi har i den redovisade tillbakablicken redan sett prov på en del av den ideologiska plattform som de borgerliga majoriteterna lutat sig emot. Det har främst gällt de drivkrafter som baxat landstinget fram till dagens situation.

Men vad väntar sig politikerna av framtiden, av kommande år då sjukvården genom konkurrensutsättning, avknoppning och kundfokusering har ändrat form och funktion? Politiska handlingsprogram ger viss information, men det är mer givande att de förtroendevalda själva kommer till uttryck.

– Vi produktionspolitiker har inte råd med visioner, säger Annika Sandström (m) en smula ironiskt. Hon är vice ordförande i SLL:s produktionsstyrelse, som är den politiska ledningsfunktionen för "förvaltningssjukvården". I den nya struktur som växer fram i konkurrensutsättningens spår finns tre slags sjukvård:

- Sjukvård som landstinget via produktionsstyrelsen driver i "gamla" former – förvaltningssjukvård.
- Sjukvård som landstinget driver i bolagsform och där man skriver avtal om prestation och ersättning – bolagssjukhus.
- Sjukvård som utförs av privatägda producenter på landstingets uppdrag och med offentlig finansiering – entreprenadsjukvård.

Ny nämnd för gammal vård

Sedan 1998 har "den gamla" sjukvården skilts ut och leds nu av en produktionsstyrelse med egen förvaltning. Styrelsen rymmer fem politiker, ingen på heltid. Ordförande är Jan Olov Sundström (m). Det är SLL-rekord i minimalism och kan jämföras med Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) med 15 ledamöter, varav tre landstingsråd på heltid.

Trots allt

Men även i "produktionen", som det så kundtillvänt heter, finns visioner. Låt vara mindre löftesrika än hos beställarpolitikerna.

De senare skall fungera som befolkningsföreträdare varför det kanske bör vara där de stora perspektiven skall materialiseras till drömmar och krav. I den mån sådana kan reduceras till upphandlingsunderlag och avtal skall sedan den landstingsägda respektive privatägda produktionen försöka leverera det som har beställts.

– Vår vision, läser Annika Sandström från en OH-bild, är att "verksamheten skall vara bland de ledande i Europa och världsledande inom specifika områden". Men jag tycker nog att den verkliga visionen ligger i vad som här kallas övergripande mål: "Hälso- och sjukvården skall ha fokus på patienten och patientens fria val." Det är detta allt handlar om, egentligen. Vilken vård vi kan åstadkomma, menar hon.

Ofri skuldsatt

Men praktiskt sett är perspektivet starkt inriktat på ekonomin:

– Vi måste ha en effektiv organisation med stabil ekonomi som ger frihet att agera. Hur var det nu Persson sa – den som står i skuld är inte fri!

År 2005 hoppas Annika Sandström att sjukvården skall vara i ekonomisk balans och att sjukhus och andra vårdenheter har utvecklats till arbetsplatser med hög självständighet och attraktionskraft, inte minst på ungdomar.

Utvecklingen måste drivas lokalt. Centrala direktiv kan aldrig åstadkomma tillräcklig kvalitet, menar hon och hänvisar till egna erfarenheter från näringslivet:

– Framgångsrika företag och andra organisationer fokuserar på bra verksamhet, inte på pengarna. Då blir det resultat. Varför skulle det inte fungera i sjukvården?

“Fienden”

Hennes motpart i beställar–utförar-strukturen är beställarpolitikerna i HSN. Att här finns spänningar märks inte minst inom Produktionsstyrelsens kansli, inhytt i ena änden av Sabbatsbergs sjukhusområde i Stockholm. I den andra finns den mycket större aktören HSN med sin stab.

“Fienden” är ingen ovanlig benämning när tjänstemän vid produktionskansliet talar om HSN-folket.

“Chef för beställarpolitikerna” är landstingsrådet Stig Nyman (kd). Han är ordförande i HSN, som beställer sjukvård för i år 26 miljarder kronor. Dels via de sex sjukvårdsområdena, dels med egen budget.

Vad skall åstadkommas?

Vilka är hans förhoppningar på framtidens sjukvård? Vad skall DSU 2003 åstadkomma?

– När vi genomfört den stora upphandlingen av akutsjukvård hoppas jag att vi har fått fler positiva företag, som driver akutsjukvård i regionen. Det räcker inte med bara S:t Göran, framhåller han. 2005 har vi nått genombrott för ett radikalt nytt synsätt på hur sjukvården skall arbeta. Sedan tar det förstås tid att få ett praktiskt genomslag. Jag menar att vi måste bort från de gamla, fysiska strukturerna. Ett sjukhus behöver inte begränsas av sina väggar!

Och Stig Nyman fortsätter:

– Framtiden kommer att kräva "sömlösa" yrkesroller och nya vårdyrken. "Åldrandets sjukdomar" behöver nog en egen utbildning. Samarbetet mellan specialiteterna måste bli mycket bättre. Och när det gäller vårdens finansiering är kassorna uppdelade på ett ologiskt sätt. Det måste vi se över – men jag är inte beredd att ompröva den grundläggande solidariska finansieringen. Ekonomin är bekymmersam, men det går inte att underkänna hela finansieringen för att vi har ett par procents underskott.

Patienten inte i centrum

Som nästan alla andra landstingspolitiker talar Stig Nyman först och helst om sjukvårdens organisation, produktion, ekonomi och styrmedel. Men han är inte värst bland de politiker som benämns "befolkningsföreträdare". Efter en stund kommer han själv in på patientens roll.

– Det är lätt att glömma patienten, säger han med ett generat leende. Vi är så uppe i strukturer och ekonomi. I min vision blir patienten medaktör. Mäniskor blir alltmer kompetenta och allt mindre tålmodiga. Därför måste tillgängligheten öka och köerna bli kortare.

Ralph Ledel (m) redovisar en tydlig och annorlunda syn morgondagens sjukvård:

– Det som driver utvecklingen är den enskildes vilja att konsumera sjukvård. Det är en välfärdsfråga. Ur samhällets perspektiv är det varken bra eller dåligt att sjukvården svarar för en viss andel av BNP. Det är fel debatt! Däremot är det naturligtvis viktigt för individen att det finns möjlighet att konsumera sjukvård!

Skattehöjning?

Ledels fokus ligger på sjukvårdens finansiering. Det är ganska naturligt med tanke på hans uppdrag och landstingets långsiktigt växande budgetunderskott. Det beror främst på att landstinget måste avstå betydande skatteintäkter till skatteutjämningen med andra landsting. På den prislappen står i år 1,6 miljarder kronor.

– För tillfället håller vi oss flytande genom att sälja fastigheter, säger han öppenjärtigt. Vi måste börja låna en del också, låt vara från en mycket låg nivå. Och fortsätter skatteutjämnningen att kosta alltmer måste vi höja skatten.

Dagens finansiering av sjukvården håller inte länge till, det är Ralph Ledels övertygelse. Han räknar med att hushållen kommer att vilja använda sin köpkraft till mer sjukvård – det kan bli en viktig kompletterande penningström.

– Det finns redan 120 000 privata sjukförsäkringar i Sverige, och det är en tydlig signal. Hushållen lär ha 2 000 miljarder i form av privat pensionssparande och aktiefonder – ett enormt konsumtionsutrymme om och när privat finansiering släpps fram!

Ralph Ledel ser en fortgående privatisering som påverkar utvecklingen i den riktning han förordar:

– Också den individuella andelen i det nya pensionssystemet öppnar för möjligheten att prioritera konsumtion av sjukvård, menar han och erinrar om att SLL låter sina medarbetare själva placera den maximala andelen på 2,5 pensionsprocent.

Det är en passning till partivännerna i Stockholms stadshus. Där har kommunledningen bara motvilligt velat diskutera samma frihet.

Systemskifte

– Den alternativa finansieringen är en huvudfråga för mig, säger Ralph Ledel. I Stockholmsregionen är vi i den unika positionen att vi själva kan förbereda övergången till ett nytt system!

Han tillägger att han inser att frågan om finansieringen är kontroversiell och att det "inte finns anledning att bli osams med folk i frågor vi själva inte direkt kan avgöra". Här står (m) än så länge ensamt, men Lars Leijonborg och folkpartiet vill ju ha överläggningar om framtidens socialförsäkringar. Kanske finns här öppningar, hoppas finanslandstingsrådet.

– Men vad folk vill ha om de själva får bestämma är solklart. Rörelseriktningen är tydlig. Och som vanligt är det numera betydelselöst vad politikererna tycker när tillräckligt många andra har en annan uppfattning, säger Ralph Ledel glatt.

Antipolitik i landstingsmiljö?

Bara privat

Han har uppfattningar inte bara om sjukvårdens framtida finansiering utan också om vårdens struktur efter de kommande årens konkurrensutsättning:

– I min vision finns inte längre någon primärvård och husläkare i landstingets regi. En stor del av den geriatriska sjukvården är ute på entreprenad – det kan lösa många av dagens gränsdragningsproblem. Egentligen borde kommunerna svara för primärvård och äldresjukvård – men det kan förstås finnas risk att de då inte skulle privatisera i vår takt. Vi får fler internationella ägare i sjukvården, förutspår han. Och sjukhusen tar emot en hel del patienter som betalar med sin försäkring. Det sker redan vid till exempel S:t Görans idrottsklinik, som finansieras av Folksam. Alla sjukhusdirektörer sitter i dag och diskuterar nya finansieringslösningar med försäkringsbolag!

Vårdens eget liv

Andres Käärik är folkpartist och ett av tre sjukvårdslandstingsråd inom SLL. Han talar om hur den gigantiska sjukvårdsapparaten tenderar att få eget liv. Verksamheten är behovsstyrd. Det gör det lika svårt att hålla igen på resurserna som med socialbidrag.

– I sjukvården är det viktigt att politikerna finns på längre avstånd. Först då får man distans och perspektiv. Det är orimligt att politikerna skulle kunna få grepp om allt detta. Man måste vara listig för att skapa rätt drivkrafter, menar han. Hur gör vi för att hindra att välutbildade, välmenande medarbetare utför onödiga behandlingar? Beställar–utförar-systemet gör det lättare att ställa rätt slags frågor om huruvida verksamheten fungerar som den skall. Här måste allmänläkarna bli spjutspetsen och börja ifrågasätta!

Med uppdraget att utveckla primärvården är det naturligt att han har ögonen på sjukhusvården, som konkurrerar om resurserna:

– Det har kommit till 300 sjukhusläkare inom landstinget utan att det finns något politiskt beslut i den riktningen! Det kostar 50 miljoner kronor extra varje år!

Vision 2005?

Vad hoppas då Andres Käärik skall ha hänt till år 2005?

– Kostnadsmedvetandet hos varje aktör har förbättrats. I annat fall är det svårt att konkurrera. Här har säkert DSU drivit på. Vi har starkare fokus på den öppna sjukvården, i alla fall om beställarna lyckats skapa kreativitet genom att utnyttja spänningen mellan öppen och sluten vård. Den småskaliga sjukvården har vuxit liksom patientinflytandet, tror han vidare. Det finns utbyggd kvalitetsinformation och rådgivare som hjälper den enskilde. Husläkarna utvecklar ett nytt slags beställarroll tillsammans med patienten, det krävs mer än rättighetskataloger för att garantera bra och valfri vård!

Kundval nödvändigt

Hans rådskollega med ansvar för akutsjukvården, moderaten Folke Schött, tror inte heller att det kommer att räcka med landstingets upphandling:

– I min framtidsbild har kundval ersatt upphandlingen. Det gäller alltså att patienten får mer makt och kan ta med sig finansieringen. Först då uppstår valfrihet och en mångfald av vårdgivare. Annars klarar vi inte vårdkvaliteten. Kundval räcker långt men fungerar inte på alla områden, menar han. Skall vi få många små producenter krävs nog en kombination av ersättning via kundval och kapitering.

– Jag hoppas att avknoppning och nya initiativ leder till att vi om fem år inte längre har några vakanser bland läkare i den södra delen av landstinget. Det vore ett stort framsteg!

Saklighet (s)

Elaine Kristensson (s) är oppositionens ledande sjukvårdspolitiker. Hon var 1994–1998 sjukvårdslandstingsråd. Hennes visioner är mer handfasta:

- Min vision 2005 är att sjukvårdens ekonomi har lösts långsiktigt!

Hon vill att morgondagens sjukvård skall kännetecknas av samhällsekonomisk effektivitet, solidarisk finansiering och tilldelning efter behov.

- Sjukvården behöver större resursutrymme och dessutom en modern arbetsorganisation. Mångfalden är god bland vårdgivarna. Rätt skött kan upphandlingen förbättra arbetsmiljön. Där SLL själv är arbetsgivare måste mycket hända när det gäller arbetsorganisationen, tillägger hon kritiskt. Vi får medvetna patienter som själva kan välja. De är kunniga, och med hjälp av rådgivning kan de lösa många problem på egen hand, säger hon om framtiden.

Kunskapsföretag

Landstingsmannen Anders Lönnberg (s) har ett annat slags vision:

- 2005 hoppas jag att landstinget har insett att man genom sjukvården äger ett kunskapsföretag. Då börjar man fokusera på vårdens resultat i stället för på verksamhetens innehåll. Då tar man också vara på mångfalden bland producenterna. För medarbetare i en kunskapsorganisation är det oerhört viktigt att det finns exitmöjligheter i form av flera arbetsgivare, betonar han. All kunskapsindustri är professionellt ledd! Politikerna måste bort från sjukvården.

Han tillägger att han med denna inställning ännu är i minoritet i den socialdemokratiska landstingsgruppen.

Anders Lönnberg förutskickar ökande läkarbrist. Den kommer att sätta press på sjukvården att utforma bättre incitament:

– Med ett ersättningsystem som premierar det goda mötet med patienten skulle det börja hända saker! Jämför vad som hänt i friskolorna när kundvård äntligen har blivit viktigare än konferenser!

Vård på macken

Lars Joakim Lundquist (m) är ordförande i Norra Stockholms sjukvårdsområde (NSSO). På frågan om visioner för vården utbrister han:

– Bensin borde inte vara viktigare än sjukvård! Det kryllar av kvällsöppna mackar – vill folk ha tillgång till sjukvård på söndagskvällen skall vårdcentralen ha öppet!

I hans vision har gränserna mellan sjukhus och annan sjukvård raserats.

– Vi ser hur sjukhusen förgrenar sig. S:t Göran öppnar bröstströntgen i Vällingby och Huddinge driver vårdcentral i Liljeholmen. Bra! Primärvården behöver ryckas upp! Det finns stora produktivitetsvinster som vi inte har utnyttjat. Ett sjukhus inom landstinget – jag säger inte vilket – orkade bara med att operera åtta livmoderframfall per år. Sedan några av läkarna har knoppat av och startat eget opererar de nu 100 fall i månaden! Tala om hävstång! Egentligen, säger Lars Joakim Lundquist eftertänksamt, har vi inga kapacitetsproblem i sjukvården.

Det saknas alltså inte visioner för sjukvården: om nya former av finansiering, om patientfokus, om nöjda medarbetare, vårdkedjor, tydligare politikerroll och sänkta vårdkostnader med mera.

Från vision till process

Sjukvården i Stockholmsregionen är på väg in i något nytt.

Konkurrensutsättning och upphandling är de redskap ledningen i HSN och de sex sjukvårdsområdena vill använda för att förverkliga visionerna. I kapitel 2 kunde vi se hur HSN-staben översiktligt tänker sig DSU-processen. I nästa kapitel redovisas uppläggningsen mer konkret.

Utifrån visionerna och de praktiska förberedelserna – vilka tankar har politikerna kring knäckfrågorna inom DSU? Förhoppningar och farhågor? Vad kan hjälpa och stjälpa framgången? Eller kan offentlig upphandling se ut hur som helst?

– Nej, naturligtvis inte, kommenterar Lars Joakim Lundquist. Problemet är att DSU är en amorf process där systemet har alltför liten kunskap. Det borde tas in externa experter som hjälpredor – men jag kan inte se att det görs!

– Det är inte den goda viljan som saknas utan kompetensen hos HSN-folket, är hans slutsats.

Hindrande systemfel

Lundquist menar att det finns många systemfel och oklarheter som måste redas ut innan upphandlingen kan dras igång:

– I sjukvårdsområdena vet vi inte när ansvaret för en entreprenad eller vårdavtal övergår till oss i sjukvårdsområdena. HSN upphandlar, men vi skall utvärdera och följa upp. Låt mig ge ett exempel, utvecklar han: I somras stängde plötsligt City-Akuten fyra veckor. Motiveringen var att deras ersättning hade bantats. Om de inte höll stängt under sommaren skulle pengarna inte räcka att hålla öppet året ut. Stängningen var ett avtalsbrott. Vi i NSSO hade inte blivit förvarnade!

Apropå utformningen av sjukvårdsupphandlingen säger han:

– I ett nytt system måste vi beställare kunna kräva att föråldrad och onödigt dyrbar behandling mönstras ut. Tag till exempel knäoperationer: där kan man antingen lägga in och söva patienten. Tidskrävande, dyrt och med viss risk för patienten. Eller också arbeta med lokalbedövning – då kan patienten gå hem samma dag, med smärtlindring. Lokalbedövning kostar bara en tredjedel – men kräver å andra sidan skickliga läkare som opererar mycket.

Får aldrig veta något

– Vi får räkna med att producenterna aldrig kommer att informera oss om när ny, billig teknik införs, suckar Lars Joakim Lundquist. På det sättet har vi långt kvar till en fungerande marknad.

Han bekymras av att de ekonomiska incitamenten tenderar att bevara gamla strukturer. Det kan försvåra DSU-processen:

– I dag fungerar det så att en patient som kommer in akut på ett sjukhus klockan 23.30 och stannar över dygnsskiftet till exempelvis 03.00 ersätts som ett slutenvårdsfall. Det är därför lönsamt för sjukhuset att behålla patienten onödigt länge.

Behövs 24 MR-kameror?

Han ger ytterligare några exempel på det han ser som orimlig ansvarsfördelning:

– Kan vi behålla rätten för alla läkare att remittera till undersökning med dyrbar magnetröntgen? Inom hela landstinget behövs det två–tre sådana MR-enheter, men 24 stycken är nu i bruk! Och det finns 130 olika journalsystem inom SLL! De vårdkedjor vi alla hoppas på i morgondagens sjukvård förutsätter att informationsflödet fungerar smidigt! I dag är det ibland rena katastrofen.

“Kvalitet inget problem”

På kort tid har det skett en kulturrevolution när det gäller inställningen till vårdkvalitet. Där är ordföranden i NSSO odelat positiv:

– I framtiden kommer vi inte att behöva bekymra oss för kvaliteten. Nästan alla privata aktörer med självaktning certifierar sig. Det finns en allt starkare insikt hos alla producenter om att det inte är god kvalitet som kostar utan tvärtom kvalitetsbrister!

Anders Lönnberg befarar för sin del att DSU saknar en grundlig, förbere-

dande analys. En sådan skulle visa att sjukvården inte är *en* bransch utan ett antal delområden med helt olika förutsättningar och produktionslogik. Det är omöjligt att anlägga samma perspektiv och använda samma metoder för hela branschen.

Han är orolig att DSU inte kommer att ta hänsyn till detta.

För mycket styrning

Anders Lönnberg är över huvud taget skeptisk till kraven på planering och styrning av sjukvården.

– Det är en grov vanföreställning att komplicerade system måste planeras och styras väldigt noga. Det förhåller sig tvärtom: bara enkla system tål det. Ju mer komplicerade förhållanden desto starkare professionell ledning krävs!

Han döljer inte sitt tvivel på huruvida HSN och dess stab kommer att kunna reformera sjukvården på det sätt DSU förutsätter:

– HSN har samma betydelse för sjukvården som ornitologen för fågellivet, utbrister han förtjust. Den politiska uppgiften borde vara att skapa fungerande samverkan mellan vårdens olika delar – sjukvård, socialtjänst, socialförsäkring . . . Här saknas seriös och nyskapande diskussion. Inte konstigt att det blir Svarte Petter-spel av alltihop!

Innan DSU-processen startat borde detta slags samverkan mellan offentliga huvudmän ha retts ut, menar han. Konkurrensutsättning i sig ger starka förändringskrafter:

– Det ger en intäktssida att vårda för sjukhus och andra enheter. Utan intäkt är det svårt att tänka och agera rätt!

Bevara dagens struktur

När Andres Käärik ger folkpartiets syn på den önskvärda DSU-processen markerar han:

– Det är bra med konkurrens mellan produktionsenheter. Men alla dagens sjukhus skall vara kvar. Det måste vara en utgångspunkt. Därför landar vi nog på att DSU skall begränsas till bassjukvården.

Tror han att DSU kommer att få rätsida på sjukvårdens ekonomi?

– Det blir omöjligt om de olika delarna av vårdsystemet försöker expandera sig till vinst på samma sätt som man har hållit på under senare år. Vi vet att sjukvårdens underskott är en miljard, men vi låtsas inte om det.

”DSU:s knäckfråga”

DSU:s knäckfråga blir att bevara resultatfokus även när en mängd producenter anlitas, anser Stig Nyman (kd). Liksom Andres Käärik är han bekymrad över ekonomin.

– SLL:s underskott är i år 1,5 miljarder kronor. Sjukvården måste få tära på kapitalet ännu ett år innan de positiva effekterna av konkurrensutsättningen märks. Jag skulle bli besviken om vi inte kommer att kunna effektivisera med hjälp av DSU.

Tidtabellen inte det viktigaste

När det gäller tempot i processen betonar Stig Nyman att komplexa politiska frågor fordrar komplexa lösningar. Och då är det bättre att ta sig tid än att resultatet blir fel.

– Jag är beredd att ta förseningar av DSU. Vi erbjuder oss själva århundradets utmaning. Då måste finnas tid till eftertanke, menar han och tillägger: Begrunda alternativet till att upphandla. Det blir inte enklare att driva sjukvård genom att låta bli! Det är ju för att det gamla systemet har skapat sådana problem som vi vill byta. Allt kan inte klaras på en gång, säger Stig Nyman. Viktigt nu är att ta första klivet, också om inte alla möjligheter hinner tas tillvara i DSU.

– Självt skulle jag gärna se att vi kunde upphandla till exempel managementfunktionen på ett sjukhus. Den varianten lär vi emellertid inte hinna få med nu.

Framtida spelregler

Stig Nyman säger att han under mandatperioden 1998–2002 vill komma överens med oppositionen i landstinget om spelreglerna för nästa period.

– Jag vill få enighet om en utformning som håller över flera mandatperioder, förklarar han. Det är angeläget för entreprenörerna och sjukvårdens medarbetare att veta vad som gäller på längre sikt. Den som skall investera och våga knoppa av borde ha rätt till det beskedet.

Billigare

Finanslandstingsrådet Ralph Ledel räknar också med att DSU skall leda till effektiviseringar. Allt talar för att konkurrensutsättning får det resultatet.

– Kollektivtrafiken i Stockholmsregionen blev 1,5 miljarder billigare genom upphandling. Där tog man kanske i alltför mycket när det gällde pendeltågen. Men det visar ändå potentialen. Samtidigt ser vi hur lång tid som behövs för att förbereda stora förändringar. SL-upphandlingen tog fem–sex år att genomföra, och den var ändå mycket mindre och enklare än DSU.

Det är naturligtvis skillnad på tåg och vård, medger han. Och på beställarnas kompetens (där spökar visst Citypendeln igen...).

– Frågan är om HSN – både nämnden och staben – har den kompetens som krävs för ett så väldigt bygge som DSU. Sysslar de inte med alldeles för många olika frågor? De borde koncentrera sig på att bli en professionell upphandlingsorganisation! Den lokala avknoppningen och konkurrensutsättningen är lika viktig, menar Ledel. Den ger också vinster, annars skulle entreprenörerna inte få förnyat förtroende. Här har vi ingen färdig siffra men vi skärper nu den ekonomiska uppföljningen av avknoppningen genom kvartalsrapporter till landstingsledningen.

Lagt ned fem sjukhus ...

Trots allt har hela förändringsprocessen inom sjukvården gått mycket kvickt.

– Under den tid jag har varit aktiv har fem akutsjukhus lagts ned. Där ligger Västra Götaland i lä – de har visst 17 sjukhus och orkar inte stänga ett enda! Nu vill alla inom sjukvården vara med att samverka! Det har hänt något fundamentalt som är nödvändigt att fånga upp i DSU-processen, konstaterar Ralph Ledel.

Överflödiga politiker?

Och visst har det hänt något. De politiska perspektiven och uppdragen förändras. Beställarna lovprisar "marknaden" och entreprenörerna kavlar upp ärmarna.

Patienterna står som vanligt lite vid sidan om.

Och ingen talar om – men kanske tänker på – den intressanta aspekt som Stig Nyman halvt på skämt lyfter fram:

– Det smärtsammaste avgörandet kommer kanske den dag vi måste göra oss av med en mängd överflödiga landstingspolitiker...

* * *

Ett par mycket intressanta frågor att följa de närmaste åren blir:

- **Vad kommer landstingspolitikerna att säga om sina visioner när DSU 2003 lider mot sitt slut? Tycks de vara på väg att förverkligas – eller hotar besvikelsen runt hörnet?**
- **Vilket utrymme för och behov av politiska visioner kommer att finnas när medborgaren/vårdkonsumenten själv får stora möjligheter att påverka sjukvården?**

5. "För 20 miljarder akutsjukvård, tack!"

De politiska visionerna finns. I officiella plattformar och i huvudet på enskilda landstingspolitiker. Och hos medarbetare, entreprenörer, patienter och skattebetalare.

De politiska riktlinjerna börjar falla på plats. Visserligen med en del luckor men direktiven för spelreglerna inom morgondagens sjukvård i Stockholmsregionen börjar ändå tydligt urskiljas.

Det yttre regelverket har uttolkats och befunnits vara tillämpligt. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) dikterar bland annat att vården skall vara tillgänglig för alla på lika villkor och fördelas efter behov. Lagen om offentlig upphandling (LOU) anger att det offentliga inte heller på sjukvårdens område kan ingå stora avtal utan att upphandla tjänsten i konkurrens. Huruvida konkurrenslagen (KL) är tillämplig har dock ännu ej prövats.

Det finns en sjukvårdsorganisation, med sjukhus och andra enheter. Och beställare och utförare, i form av politiker och tjänstemän.

Och pengar. Sjukvården i Stockholmsregionen kostar i år 26 miljarder kronor, varav primärvården med sina husläkare, vårdcentraler, barn- och mödravård, distriktssköterskor och "paramedicinare" som sjukgymnaster och kiropraktorer omsätter ca fyra miljarder. Till den mer lokala sjukvården kan också räknas geriatrik, psykiatri och privatpraktiker. Då mer än fördubblas beloppet.

Sjukhusvård för 20 miljarder

Sjukvården vid länets sju akutsjukhus kostar tio miljarder kronor per år. Men därav kommer bara en mindre del att formellt upphandlas inom ramen för DSU 2003. Hur mycket?

– Låt oss göra en beräkning, svarar Lars-Bertil Arvidsson, sjukvårdsdirektör och beställarchef. Antag att 10–20 procent av akutsjukvården kan skiljas ut och handlas upp av många aktörer på en marknad. Och kanske kan sjukhusen sinsemellan konkurrera om ytterligare 15–20 procent av akutsjukvården.

– Det skulle innebära att som mest 40 procent av all akutsjukvård i och med DSU skulle kunna komma att produceras av någon annan än i dag. Det är en kraftfull förändring på några år!

Fyra miljarder per år. Med en trolig kontraktstid på fem år skulle uppdragsvolymen kunna bli 20 miljarder.

”Världens största upphandling”, har det kallats.

Men på sätt och vis är mängden pengar kanske det minst intressanta i den process som HSN-staben senhösten 2000 lägger upp för att bana väg för upphandlingen.

Pengar – låt vara mycket pengar – är bara redskap för att finansiera sjukvård. Det är i stället dynamiken i processen och vad den kan resultera i som är det intressanta.

Kulturrevolution

Här är kulturrevolutionen i full fart. Det känns som en utveckling utan återvändo. Oavsett hur DSU 2003 kommer att genomföras blir maktförhållanden och arbetsformer inom sjukvården i huvudstadsregionen aldrig desamma igen.

– Förändringsprocessen är i full gång, intygar Lars-Bertil Arvidsson. Det är det viktigaste med upphandlingsdiskussionen. Den väcker nya idéer, skakar om gamla invanda mönster.

Men innan han kan räkna hem mer handfast förnyelse skall ett omfattande utrednings- och beslutskomplex hanteras. Och det är bråttom.

För att sjukhus och entreprenörer under det första kvartalet 2001 skall kunna bjudas upp till dans i form av färdiga förfrågningsunderlag, som beskriver villkoren för vårduppdragen, måste politiska klartecken lämnas senhösten 2000.

HSN har ordinarie sammanträden den 28 november och 19 december. Det förefaller som troliga beslutstillfällen. Då skall besked ges om ambition, strategi och inte minst tidplan. Start 2001 eller senareläggning med minst ett år?

Unikt svenskt

Den tänkta upphandlingsmodellen är unik. Så tror vi svenskar ju ofta om våra omhuldade modeller – tills vi blickat ut i världen. Men storskalig, offentlig, konkurrensutsatt upphandling är av allt att döma ett genuint svenskt djur.

HSN har låtit göra en internationell analys som ger vid handen att inget annat sjukvårdssystem styrs via upphandlade avtal. Kontrakt mellan beställare och utförare är inte ovanliga, men de tecknas efter vanliga affärsförhandlingar – inte i lagstiftad anbuds konkurrens.

Avgörande är att svensk sjukvård "ägs" av de offentliga huvudmännen landstingen och bekostas av det offentligas skatteintäkter. Och då blir LOU tillämplig.

– Vi har stött och blött det här, förklarar Lars-Bertil Arvidsson. Men det är LOU som gäller. Det är klart att hade inte LOU funnits hade vi förmodligen valt ett annat sätt att försöka nå samma resultat. Det här är ju inte den enklaste vägen, direkt. Det behövs i sig ingen offentlig upphandling för att pa-

tienterna skall få större valfrihet. En marknad med många producenter skulle kunna skapas ändå, menar han.

Vad är det då som gäller för DSU 2003?

Detta är DSU

Som vi redan har sett pågår ute i sjukvårdsområdena avknoppning och upphandling av primärvård. Det är en process som fortsätter oavsett vad som händer med sjukhusupphandlingen. Någon formell koppling finns inte, däremot en reell: det är troligt att nya företagskonstellationer uppstår där lokala entreprenörer samarbetar med stora sjukhus och där nischföretag mutar in speciella marknader.

Ju större andel av sjukvården som sker genom upphandlade avtal desto tydligare blir förutsättningarna för producenterna. Redan håller gamla gränser mellan öppen och sluten vård på att raseras. Närsjukhus öppnas runtom i regionen. Akutsjukhus köper tjänster av privata specialistföretag.

DSU 2003 omfattar sjukvård inne i sjukhusen. Det rör sig främst om akutsjukvård.

Akut

När en patient kommer till sjukhuset med sjukdom eller problem som genast måste åtgärdas faller detta inom akutsjukvården: trafikolyckor, hjärtinfarkt, blödande magsår och andra dramatiska tillstånd, men också den vanliga akutmottagningens blandning av hundbett, spik i foten, ångest, förvirring, brännskador och effekter av yttre våld . . .

Det mest omfattande arbetet bedrivs i de behandlingskedjor som följer på intagningen i akutmottagningen: provtagning, röntgen, operation, eftervård.

Fyra paket

Enligt HSN:s beslutsunderlag kan verksamheten vid regionens stora akutsjukhus Danderyd, Karolinska, S:t Göran, Södersjukhuset och Huddinge delas upp i fyra ingredienser:

1. Högspecialiserad vård som bedrivs vid bara ett eller två sjukhus. För att garantera hög kompetens koncentreras verksamheter som brännskadevård och avancerade hjärtoperationer till få enheter. Det rör sig också om annan högspecialiserad vård som genom sin komplexitet och krav på expertkunskande bör utföras vid ett begränsat antal sjukhus. Till den senare kategorin hör till exempel transplantationer och s k traumasjukvård (behandling av komplicerade olycksfall från bland annat svåra trafikolyckor).

2. Basakutsjukvård som behöver ha tillgång till sjukhusets resurser, avser patienter som kommer in via akutmottagningar eller med remiss och som fordrar viss uppbackning.

3. Basjukvård som inte kräver sjukhusets resurser. Vården kan i sig vara specialiserad men behöver inte sjukhusets infrastruktur.

4. Akut omhändertagande.

DSU-strategin växer fram i samspel mellan partiernas gruppledningar, sjukvårdspolitikerna och administrationen. Det innebär att det är politikernas sak att ange den önskade grovstrukturen för framtidens sjukvård. Hur många universitetssjukhus och akutsjukhus som skall finnas är inte en sak som avgörs genom utfallet av upphandlingen, utan är ingångsvärderna i processen.

Akutsjukhusen kvar

Politikerna vill behålla alla akutsjukhus. Tidigare har det förts en diskussion om att det skulle vara möjligt att lägga ned ett sjukhus och att DSU vore ett bra tillfälle att låta marknaden sortera bort "övertaligheten". Stockholmsregionens snabba befolkningstillväxt gör detta perspektiv allt mindre realistiskt.

Dessutom är det minst sagt svårt att se någon landstingspolitiker som, lagom till valrörelsen 2002, skulle vilja stå på barriaderna och förorda att ett sjukhus skall stängas.

– Samma sak gäller i vilken form akutsjukhusen skall drivas eller om ytter-

ligare något av dem skall säljas. Det är inte heller en upphandlingsfråga, säger Lars-Bertil Arvidsson.

Mitt intryck är att delar av SLL-majoriteten skulle vilja sälja ytterligare ett sjukhus. Ekonomin för de just bolagiserade sjukhusen är skakig och innan de nya kandidaterna Södersjukhuset och Karolinska har konsoliderats och visat att de kan stå på egna ben lär ingen vilja köpa dem. Slutsats: dagens sju akutsjukhus kommer att finnas kvar som nu.

Ändrade marknadsandelar

Att den yttre sjukhusstrukturen är given betyder ingalunda att akutsjukvårdens utformning kommer att förbli oförändrad. I alla fall inte om man får tro HSN:s planering.

Sjukhusen består som "produktionsenheter" men deras "marknadsandelar" kommer sannolikt att förskjutas och nya aktörer vara med och slåss om en hel del av de uppgifter som i dag vilar på sjukhusen. Framför allt inom ovan nämnda kategori 3 räknar Lars-Bertil Arvidsson med att många nya producenter kommer att uppenbara sig. Och inom kategori 2 kommer sjukhusen att kunna konkurrera med varandra.

I dag utförs mycket vård vid sjukhusen utan att den stora organisationens resurser och infrastruktur egentligen behövs. Så gott som all sådan vård skulle kunna bedrivas i öppen form, nära medborgarna. Det var detta som några framgångsrika entreprenörer insåg, en insikt som resulterade i att närsjukhus utvecklades. Landstinget hade redan på 1970-talet liknande idéer men lyckades aldrig få ihop konceptet.

Här kommer också visionen om närsjukvården in – lokal vård som slår broar mellan kommunal service och landstingets sjukvård. Här skall alla lokala insatser integreras, är ambitionen.

Ut från sjukhusen

Sådana vårdinsatser som kan flyttas ut från sjukhuset är bland annat:

- utredningar av patienten,

- öppen vård där metoderna är kända, enligt etablerade vårdprogram och vårdkedjor (till exempel diabetes och allergi),
- dagkirurgi där komplikationer inte förväntas och intensivvård inte behövs,
- planerad sluten vård där komplikationer ej förväntas,
- hemsjukvård där behovet av medicinska insatser är begränsat.

Här sker redan en snabb omstrukturering från sjukhus till nya eller mindre enheter. I Stockholmsregionen sker en stark tillväxt av närsjukhus och liknande koncept.

Genom att sjukvårdsupphandlingen på detta sätt segmenteras kan uppdragen brytas ned i hanterliga storheter. Betingelserna för delmarknader och segment är olika; somliga vårdinsatser kan i praktiken bedrivas med tillräcklig kvalitet bara som en del av sjukhusets infrastruktur, andra kan med fördel skötas i nya former utanför sjukhuset.

Grundläggande värden

Beställarpolitiker och -tjänstemän talar om vissa grundvärden som inte får gå förlorade i DSU-processen. Politikerna väntar sig att den framtida akutsjukvården skall ha ett visst utseende och funktion. Att den framtida sjukhusstrukturen inte är någon öppen fråga har vi redan sett.

Politiska honnörsord är främst patientens valfrihet, en mångfald producenter, god tillgänglighet, bättre arbetsvillkor för vårdens medarbetare och hög kvalitet på vården.

I HSN:s "lilla katekes" uttolkas dessa värdeord. Till exempel som att "alltför snabba omstruktureringar kommer erfarenhetsmässigt inte att motsvara patienternas val av vårdgivare".

Det vill säga att patienterna – som i SLL har en internationellt unik valfrihet att vända sig till den vårdgivare de själva föredrar – fortsätter att gå dit de vill, oavsett vad politikerna tycker.

Som framgår av kapitel 7 vållar detta huvudvärk för systemet.

”Bastant målkonflikt”

Under värdeordet ”mångfald” tolkar HSN politikernas krav på detta sätt:

Upphandlingarna skall skapa förutsättningar för fler aktörer inom akutsjukvården och värna såväl de mindre som de större vårdgivarnas möjligheter att verka. Marknaden skall vårdas inför kommande upphandlingar.

Produktionen av sjukvård skall alltså fördelas på ett antal leverantörer. Samtidigt skall patienten kunna välja vem hon vill vända sig till. Kanske har beställaren köpt sjukvård av Praktikertjänst medan patienten hellre går till Karolinska, och vice versa?

– Patientens valfrihet skapar bastanta målkonflikter, medger landstingsrådet Folke Schött (m). Det bör dock kunna klaras genom att vi kombinerar fast pris med prestationsersättning. Men riktigt säkra är vi inte.

Och under ”kvalitet”:

Det medicinska innehållet och kvalitetsaspekterna på vården fokuseras bättre än i nuvarande avtal.

Fem års avtal

HSN:s utgångspunkt är att avtalstiderna bör bli längre. I dag har sjukhusen treåriga avtal, vilket kan ses som ett provisorium medan konstruktioner och spelregler läggs fast. Ambitionen är att inte bara S:t Görans utan samtliga akutsjukhus fr o m 2003 skall ha avtal med fem års giltighet.

– Det här är en knepig fråga, medger Lars-Bertil Arvidsson. Långa avtal ger stabilitet och det krävs för att sjukhusen skall våga investera. Å andra sidan finns risk att vi som beställare låser oss vid känd medicinsk teknik. Med tanke på den allt snabbare utvecklingen är det lätt att på fem år bli förbi-sprungna av nya metoder!

En annan ”vägledande förutsättning” är att DSU skall gälla vårdens innehåll

– inte institutioner eller hus. Här har sjukvården haft svårt att byta fokus från formella krav – var sjukhusets väggar går eller vilken personaltäthet som krävs på en avdelning – till ett dynamiskt perspektiv: hur leverera ett gott slutresultat, hur skapa mervärde för kunden/patienten?

Allt ställs på huvudet

Återigen kulturrevolution. Återigen utmaningar mot det gamla sättet att tänka. Det är lätt och tryggt – inte minst för beställare – att kräva att saker och ting görs på känt manér. Svårare och djärvare att sikta på vad som kommer ut av processen.

– Det här är absolut kritiskt för DSU. Kan vi inte åstadkomma en ändring här blir det svårt att få dynamik i dialogen mellan beställare och utförare, säger Lars-Bertil Arvidsson. Som beställare måste vi bli tydligt inriktade på att upphandla rätt vårdtjänster – inte på hur organisationen ser ut hos producenten!

Det är i parternas hjärnor och hjärtan den nya sjukvården skall växa fram, snarare än via ersättningsmodeller och uppföljningssystem.

Tydligare krav

Nu innebär inte den ideala friheten för producenten att till exempel designa en vårdkedja för diabetesvård eller utveckla nya operationsmetoder för kranskärl så att beställaren skulle överlåta alla beslut.

Den medicinska kvaliteten försöker HSN nu definiera genom s k vårdprogram, som anger hur olika sjukdomar och tillstånd skall behandlas. De blir metodbasen för de producenter som vill vara med och bjuda på DSU-uppdragen.

– Hittills kan vi väl inte säga att beställarsidan har varit särskilt bra på att använda den här möjligheten i upphandlingarna, medger HSN-chefen. De flesta kravspecifikationerna har nog byggt på hur det sett ut tidigare. Men om vi verkligen skall använda beställarmakten måste vi generellt kräva att *best practice* styr valet av metoder. Gammal teknik måste kunna mönstras ut. Vi

kommer att kräva att var och en som vill ge bud skall svara mot en fastlagd IT-strategi. Producenterna måste visa hur den långsiktiga personalförsörjningen skall säkras. Och så vidare.

Tidtabellen

Om Lars-Bertil Arvidsson enligt tidtabellen får klartecken från politikerna kan DSU-processen väntas rulla på ungefär så här:

HSN-staben går senast under det första kvartalet nästa år ut med förfrågningsunderlag för de olika segment eller "paket", som jag tidigare beskrivit. Underlagen bygger på de politiska direktiv som definierar sjukhusstruktur, valfrihet, tillgänglighet med mera och krav på producenten att ansluta sig till SLL:s olika system (IT, journalföring, kvalitetsuppföljning etcetera).

Olika tekniker

Ingen akutsjukvård kommer att upphandlas enbart på anbud, säger Lars-Bertil Arvidsson. Genomgående kommer olika slags förhandlingar att äga rum: ju mer komplex verksamhet, desto tyngre kommer förhandlingsinslaget att bli.

Där det i praktiken inte råder någon konkurrens, det vill säga inom högspecialiserade verksamheter där bara ett eller möjligen två sjukhus finns med, räknar HSN-staben med att direktupphandla. Det vill säga att man sluter avtal med den leverantör man vill ha, eller som står till buds.

Här kommer HSN förmodligen att köpa så kallade garantivolymer, det vill säga det som krävs för att sjukhusets ekonomi inte skall utsättas för onödiga påfrestningar. Härutöver förväntas att ytterligare beställningar görs.

Den vård som måste bedrivas i sjukhusmiljö men där det finns flera konkurrerande producenter, upphandlas enligt LOU. Med andra ord utifrån de krav som formuleras i förfrågningsunderlaget. Här får bara sjukhusen ge anbud. Inte heller här binder sig HSN för 100 procent av volymen.

Rejält konkurrensutsatt

Ett tredje upphandlingssegment torde omfatta sjukvård som kan bedrivas utanför sjukhuset. Den blir i dubbel mening konkurrensutsatt: dels huruvida verksamheten skall bedrivas på eller utanför sjukhuset, dels vem producenten skall bli. Här upphandlas enligt LOU.

Akutmottagningar till sist. Där kommer HSN förmodligen att välja en "abonnemangslösning", där man kan anlita alla akutintag. Det är annars svårt att prissätta denna tjänst. Här blir formen direktupphandling.

– På papperet skiljer sig det här inte så väldigt mycket från den struktur vi redan har, medger Lars-Bertil Arvidsson. I dag ingår HSN ramavtal med sjukhusen. Avtalen lägger fast maxpriset för viss vård. Inom den ramen köper sedan sjukvårdsområdena den vård som behövs för medborgarna i länets olika delar. Det sker genom lokala avrop, kan vi säga. Där kan villkoren variera. Det faktiska pris som betalas för samma vårdtjänst kan alltså variera mellan områdena, beroende på vilka volymer man köper och säkert också utifrån hur duktig förhandlare man är. Sjukvårdsområdena kan därigenom få olika priser hos sjukhusen för samma vårdtjänst, förklarar han.

Marknadsinslag redan i dag

Redan i dag präglas alltså sjukvården i SLL mycket av "marknadsprissättning" där villkoren läggs fast i förhandlingar mellan parterna – det slags näringslivsbeteende som man ofta hör idealiseras av den offentliga sektorns företrädare. LOU:s fyrkantiga krav har knappast särskilt stor betydelse annat än för att tvinga ut dessa stora uppdragsvolymer i en konkurrensmiljö.

Genom avropsavtalen får de sex områdesdirektörerna och producenterna en utgångspunkt för sina förhandlingar om sjukvård med lokal profil. Här kommer speciella kvalitetskrav och rabatter in i bilden.

Vad kan då vinnas?

Om nu DSU inte skiljer sig så mycket från dagens upphandlingsmetoder – vad säger att DSU skall lyckas ta itu med dagens problem? Revirtänkande,

brist på vårdkedjor, svagt resultatfokus med mera, är ju motiv som brukar anges för upphandling i konkurrens?

– Den verkliga dynamiken ligger i de nya kombinationsmöjligheterna, menar Lars-Bertil Arvidsson. Vi ser redan hur till exempel Karolinska lägger ut verksamhet på entreprenörer vid Löwets närsjukhus hellre än att utföra vissa moment själv – otänkbart för bara ett par år sedan. De bolagiserade sjukhusen tänker uppenbarligen i många olika slags samarbetsformer med privata aktörer. Det händer redan väldigt mycket! DSU definierar de reellt konkurrensutsatta områdena, fortsätter han. Det kan alltså bli ganska stora volymer – som mest tio miljarder per år. Och erfarenheterna är nog att varje procents förskjutning av sjukhusens uppdrag brukar vålla mycket skrik och gny.

Är entreprenörerna mogna?

– Bollen hamnar i hög grad på entreprenörernas planhalva, menar Lars-Bertil Arvidsson. Det är ju från dem vi räknar med att få se nya kreativa koncept. Av det skälet pågår olika slags kontaktskapande åtgärder. Han tillägger: Ett gott råd till entreprenörerna är: fundera på hur ni kommer att vilja ha betalt! Vi måste komma ur de gamla gängorna. Men är entreprenörerna mogna?

Det måste väl finnas förväntningar på det ekonomiska utfallet av DSU 2003? Den här gången har politikerna – kanske visa av skadan – varit försiktiga med att ställa ut sparkrav, men idén är väl ändå att konkurrens skall sänka sjukvårdens kostnader?

– Det är klokt av dem att inte komma med krav i kronor och ören, anser Lars-Bertil Arvidsson. Men förväntningarna finns naturligtvis där, underligt vore det annars. Ekonomin är självfallet oerhört viktig. Här kan jag känna oro för hur sjukvården skall klara sig. Kombinationen av demografi, läkemedelsanvändning och medicinsk teknik visar entydigt på snabba kostnadsökningar. Personalen kommer att kosta alltmer.

Alla tolkningar visar på en snabb kostnadsökning, framhåller Lars-Bertil Arvidsson:

– HSN:s budget behöver av de här orsakerna öka med 8 procent per år, enligt våra långtidsbedömningar. Det motsvarar de närmaste åren två miljarder per år. Samtidigt går landstinget back lika mycket. Att upphandling och konkurrensutsättning i det perspektivet behöver få effekter säger sig självt. Antag att vi kan åstadkomma 2–3 procents rationalisering per år via upphandling. Sjukhusen bör kunna effektivisera lika mycket till. Det blir tufft, men det borde alltså vara möjligt att halvera den samlade ökningstakten!

Bolagisering

Då väger han in att två sjukhus redan har bolagiserats och att Södersjukhuset och Karolinska verkar gå mot samma förändring. Bolagiseringen lägger det ekonomiska ansvaret i knät på sjukhusbolagens styrelse och VD på ett helt annat sätt än hittills. De skall nu enligt aktiebolagslagen ta ansvar för resultat – och balansräkning.

Ansvarsförhållandena beskrivs på följande sätt av finanslandstingsrådet Ralph Ledel (m):

– Som ägare kommer vi inte undan att gå in med ägartillskott om det krävs enligt aktiebolagslagen. Men då har vi nog först hunnit byta ut sjukhusets ledning och styrelse.

Sjukhusen har tillsammans länge gått med omkring en miljard i förlust varje år. Det skall det nu vara slut med. Sjukvården fick också förra året en nivåhöjning på sitt anslag med ungefär det beloppet.

Vilka marginaler?

Sett till bilden av en ganska fri vårdmarknad med varierande priser och villkor – vad får sjukhusen tjäna på DSU-uppdragen? Var möts kraven på höjd effektivitet och rimliga resurser?

– Mycket bra fråga! Det finns alltså förväntningar från HSN på prispress. Samtidigt har sjukhusen på sikt stora investeringsbehov som måste finansieras. I och med bolagiseringen finns inte längre några centrala investeringsanslag. Sjukhusen måste kunna bygga upp reserver för att möta olika

slags påfrestningar, anser Lars-Bertil Arvidsson. Ansvaret för personalrekryteringen glider efter hand över till sjukhusbolagen. Det kostar också. Sammantaget måste systemet tåla att sjukhusen kan ta ut en rimlig marginal. Den påverkas också av ägarnas avkastningskrav.

Teori och praktik

Så låter teorin. Praktiken skiljer sig dock en del.

Sjukhusens första delårsbokslut år 2000 kom som en obehaglig överraskning. Såväl det bolagiserade Huddinge Universitetssjukhus AB som det ännu förvaltningsdrivna Karolinska sjukhuset redovisade efter sju månader ganska stora underskott.

Om inte obalansen hanteras under innevarande år kan en viktig grund ryckas undan för DSU-processen.

Ägartillskott?

De landstingsägda sjukhusens konkurrenter är inte trakterade av att SLL kan tvingas sätta in ägartillskott. Det skulle ge de offentligägda sjukhusen fördelar.

– Jag bedömer det som uteslutet att landstingsledningen skulle låta sjukhus med stora underskott vara med i upphandlingen, säger till exempel Åke Strandberg, VD för privatägda S:t Göran.

– Visst är detta problematiskt, medger Stig Nyman (kd), ordförande i HSN. Består obalansen måste vi fundera på hur vi gör. Men jag utgår från att bolagens ledningar ordnar upp det här!

Lars-Bertil Arvidsson har ansvaret för DSU-processen. Han måste redan under hösten ha handlingsalternativ att föreslå politikerna, om sjukhusens ekonomi skulle äventyra den planerade upphandlingen.

– En utväg är att Karolinska och Huddinge, ja varje sjukhus med större underskott, utestängs från DSU 2003. Det vore dock mycket olyckligt – då blir

ju marknaden betydligt mindre och inte alls lika intressant.

Två omgångar

HSN förordrar att DSU genomförs i två omgångar i stället för, som hittills planerats, en enda. Man är rädd att inte orka med hela volymen på en gång. Det innebär att avtalen för omgång 2 skulle träda i kraft först den 1 januari 2004 – ett år senare än ursprungligen beräknat.

Sättet att hantera sjukhusens ekonomi kan vara att ytterligare justera tidtabellen, antyder Lars-Bertil Arvidsson:

– Om Karolinska och Södersjukhuset skall bolagiseras under 2001 behöver de minst ett år på sig att konsolideras. Vi måste vara säkra på att de klarar ekonomin. Det innebär att de redan av det skälet knappast hinner lämna trovärdiga anbud enligt DSU:s tidtabell. Där skall ju budgivning och förhandlingar ske hösten/vintern 2001/2002. Om hela DSU försköts ett à två år skulle samtliga sjukhus kunna vara med. Det vore mycket värdefullt! Då uppkommer emellertid frågan om S:t Görans avtal, som ju skall förlängas automatiskt om inte konkurrensutsättningen av hela akutsjukvården genomförs. Frågan är om man där är beredd att godta något års försening av DSU?

På direkt fråga antyder Åke Strandberg, VD för S:t Göran, att det bör vara möjligt att omförhandla avtalet mellan Capio och SLL. Ingen har något att vinna på låsningar. Och eftersom S:t Göran förväntar sig att ta marknadsandelar genom DSU är det bättre att stora volymer akutsjukvård upphandlas med något års fördröjning än att betydligt mindre uppdrag läggs ut enligt ursprunglig tidtabell.

Tappa tempo

Är det då inte risk att tappa tempo om DSU 2003 blir DSU 2004, eller något ännu senare?

– Nej, förändringen har nu en sådan kraft att jag faktiskt inte tror att tidtabellen är avgörande, svarar Lars-Bertil Arvidsson. Det gör det mindre riskabelt att senarelägga DSU. Kanske vore det till och med bra att nya idéer och

allianser kan få formas ännu en tid utan detta tunga upphandlingsmaskineri? Men oerhört viktigt är att vi behåller förändringstrycket! Det är då vi kommer att få resultat!

Lärdomar

DSU är en väldig process, både till volym och komplexitet. Den kan inte direkt jämföras med någonting SLL tidigare har gjort. Men det saknas inte helt erfarenheter. Som vi redan sett är avtalet med Bure om S:t Görans en sådan, bolagiseringen och vårdavtalen med Huddinge och Danderyd en annan.

Faktum är att SLL redan 1991 påbörjade arbetet på en storskalig upphandling, nämligen av ambulanssjukvården. Det är en verksamhet som är långt enklare att överblicka och hantera än akutsjukvården. Men denna upphandling är ändå intressant av flera skäl:

Ambulansupphandlingen börjar nu – när tredje avtalsomgången nyss har avslutats – få den utformning beställarna är nöjda med. Det kan alltså ta bortåt tio år innan parterna lär känna varandra och systemen har satt sig.

Det är först nu man känner att krav kan ställas på entreprenörer och akutsjukhus att börja integrera och skapa verkliga samordningsvinster, sett till kvalitet och kostnader. Här händer intressanta saker.

Ytterligare ett skäl är att många som berörs av DSU 2003 hänvisar till upphandlingen av ambulanserna som ett gott exempel på hur en väl definierad, envetet driven upphandling kan ge resultat. Låt vara att det under resans gång har stormat om ett par av entreprenörerna, en av dem har man tvingats byta ut under pågående avtal.

Något måste göras

Hur har HSN då gått tillväga?

1991 fanns det politisk enighet i landstinget om att konkurrensutsätta ambulansverksamheten, som omfattar inte bara ambulanser utan även så kallade akutbilar och helikopterservice. Då kännetecknades verksamheten av

de sjukdomstecken som är så tydligt förknippade med svensk sjukvård: dålig ekonomisk styrning, ständiga budgetöverdrag och svaga chefer. Något måste göras.

Speciellt var att fackförbundet Kommunal hade en mycket stark ställning inom ambulanssjukvården. Det hade konserverat yrkesroller och attityder.

– Det var nog bra för dem som jobbade där, men avgjort inte för patienterna, konstaterar chefsläkare Anders Skjöldebrand, som har lett upphandlingarna.

När uppdraget att genomföra upphandlingen väl hade lagts ut på tjänstemännen i Nordvästra sjukvårdsområdet (NSVO) stod det snart klart att politikerna inte hade en aning om den stora mängd följdbeslut som måste hanteras: personalens pensioner vid övergång till annan arbetsgivare, vilka var konsekvenserna av att byta akutjour, skulle landstingets ambulanser övertas av entreprenörer och så vidare.

– Vi fick sparka hårt på politikerna i HSN för att de skulle våga fatta beslut, berättar Anders Skjöldebrand.

Redan före den formella konkurrensutsättningen fanns entreprenörer som körde ambulans åt SLL. De var dock inte upphandlade i konkurrens. Landstinget körde då också i egen regi och var med och bjöd på de nya uppdragen vid sitt nya ambulansföretag.

Hela 33 företag lämnade anbud vid den första upphandlingen 1991. Drygt hälften kallades inte ens till fortsatta samtal. Personalens bud föll bort tidigt ("de hade lagt sig på dubbla priset, jämfört med vinnande entreprenörer"). Nio anbudsgivare fick uppdrag att sköta ett 30-tal ambulansstationer runt om i länet, med drygt 50 fordon, ett par helikoptrar och 500 medarbetare.

Snabba effekter

Vilka blev de tydligaste effekterna av de nya avtalen som trädde i kraft halvårsskiftet 1993?

- Egenregins andel sjönk från 50 till 33 procent.
- De totala driftkostnaderna sänktes med 15 procent.
- 30 procent av SLL:s ambulanspersonal kunde avvecklas (resten gick över till SLL:s ambulansbolag AISAB).
- HSN slapp ansvaret för fordon och lokaler; betydande nyinvesteringar kunde därmed undvikas (dem fick i stället entreprenörerna stå för).
- Det gick nu att börja ställa kvalitetskrav som inte varit möjliga på landstingets egen personal (numera är all personal certifierad).

För varje ny avtalsomgång har upphandlingen fungerat allt bättre, berättar Anders Skjöldebrand. I den senaste omgången kunde man ge entreprenörerna frihet att själva utforma sina erbjudanden. Det var en lättnad jämfört med det första förfrågningsunderlaget som blev på tok för detaljerat och styrande, säger han.

Långa avtal

Det nya avtalet löper på hela fem år ("det är vi inte längre rädda för; vi vet numera att det går att justera villkoren under resans gång"). Uppdragsvolymen för perioden är 1,25 miljarder.

Det finns nu en fungerande grupp med halvdussinet entreprenörer som har funnit sina former. För första gången har upphandlats vårdkedjor, som innebär att det ställs krav på entreprenörerna att samarbeta med varandra och med akutsjukhusen.

– Ett bra exempel är att även SOS Alarm, som leder trafiken, numera är en upphandlad entreprenör, berättar Anders Skjöldebrand. Det sparar landstinget en miljon på. Och verksamheten har blivit bättre. Genom att en entreprenör styr andra blir insatskombinationerna optimala. Sparar tid och pengar!

Verksamheten rationaliseras fortlöpande. Tidigare ringde ambulansbesättningen upp SOS Alarm, som i sin tur kontaktade akutmottagningen vid det sjukhus som passade bäst för att ta emot patienten. Alla bilar har nu utrustats med radio varför direktkontakt kan etableras med sjukhuset, utan omvägen över larmcentralen.

– Det kan framstå som en banal förbättring men den betyder mycket för säkerheten. Det fungerar bra på vår sida men kruxet har visat sig vara akuten. Där krävs någon kompetent medarbetare som kan ta emot samtalet. Det har av någon anledning inte varit så lätt.

“Blir lite trött...”

För att utveckla vårdkedjor utrustas nu alla ambulanser med portabel EKG-utrustning. Då kan medarbetarna när de hämtar patienten i bostaden direkt sända ett första EKG till hjärtakuten. Där kan en läkare utifrån diagnosen rekommendera till exempel propplösande behandling redan under transporten. Det är viktigt för att rädda liv.

– Det här tycker alla är briljant, kommenterar Anders Skjöldebrand. Men tyvärr har det tagit ett år för mina kära kollegor på hjärtintensiverna att enas om vilket märke det skall vara på EKG-utrustningen! Ibland blir man lite trött...

Han tillägger att han inte vill låta gnällig men han ser samarbetsvårigheterna som ett stort problem. Till exempel tog det Karolinska sjukhuset ett och ett halvt år att bestämma sig för vilket larmnummer helikoptrarna skulle ringa när de var på väg med en traumatransport.

– Men på KS har ju läkarna alltid trott att de varit anställda för att forska medan landstinget trott att de är där för att bedriva sjukvård, kommenterar Anders Skjöldebrand syrligt.

Slutsatser

Vilka är då hans slutsatser av ett decenniums ambulansupphandling, vilka kan vara av intresse för annan vårdupphandling? Jo, att:

- detta slags processutveckling måste få ta tid – att stressa leder till dåliga lösningar,
- försök inte lösa alla problem redan i första omgången,
- var beredd på att reparera misstag under resans gång,
- ju mer styrande förfrågningsunderlag, desto lägre kreativitet från entreprenören,

- ju mer komplicerat och investeringstungt uppdrag, desto längre avtalstid krävs.

* * *

Från det här kapitlet tar vi till den fortsatta DSU-uppföljningen med oss särskilt två frågor:

- **Kommer det att visa sig möjligt att i offentlig upphandling balansera sjukvårdspolitikens talrika målkonflikter?**
- **Kommer upphandlingen av akutsjukvård verkligen att förändra – eller tillåtas förändra – strukturer och marknadsandelar mellan dagens sjukhus?**

6. Avknoppare och börsföretag

När den borgerliga landstingsmajoriteten i form av "Ledel I" tillträdde 1991 var andelen privat producerad sjukvård i Stockholmsregionen 7 procent. När det 1994 var dags för regimskifte hade andelen stigit till 12 procent.

Under den rödgröna koalitionen 1994–1998 ökade den privata vårdproduktionens andel ytterligare något, till 13 procent. För att få bort köerna köpte landstinget mycket privat vård. Något återställande fanns det i verkligheten varken utrymme för eller vilja till.

Enligt preliminära uppskattningar svarar i år entreprenörerna för 21 procent. 2002 hoppas "Ledel II" att 25 procent av SLL:s samlade vårdutbud skall tillhandahållas av privatägda producenter.

En fjärdedel av den totala sjukvårdsbudgeten motsvarar då sju miljarder.

Vårdföretagen i Stockholms län har på drygt ett decennium blivit storindustri. Men fördelade på många små och medelstora enheter.

– Den privat producerade andelen motsvarar ett normalstort svenskt landsting, konstaterar Ralph Ledel belåtet.

Släppte lös dynamik

När den nya landstingsledningen 1991 i sin regeringsplattform slog fast att

personaläggande av vårdföretag skulle uppmuntras startade en dynamisk process. Under mandatperioden avknoppades drygt 80 företag. Därmed var grunden lagd till en ny vårdstruktur i regionen.

En andra våg av avknoppningar pågår nu. Mellan årsskiftet 1998/99 och sensommaren år 2000 har tillkommit ytterligare 50-talet entreprenörer. Mönstret består: flertalet företag är små och ägda av några personer som också arbetar i verksamheten.

S:t Görans sjukhus skiljer sig naturligtvis från det vanliga mönstret, inte minst genom sin storlek; 900 miljoner kronor i årsomsättning är knappast representativt för avknoppade vårdföretag.

50 nya

De 50 nya producenterna spänner från en enskild fotvårdare till Nynäs Vård med runt 60 miljoner kronor i årsbudget.

Stommen i nu aktuella ombildningar från landstingsdriven vård till entreprenader utgörs av husläkarmottagningar. Men listan omfattar många inriktningar: sjukhusanknuten hemsjukvård, sjukgymnastik, mödravård, utprovning av hörselhjälpmedel, psykoterapi . . .

De tre närsjukhusen i Nacka, Handen och på Järva drar till sig specialistföretag som arbetar i nya konstellationer. Och landstingets behandlingshem för unga är också på väg ut på "marknaden".

Sannolikt blir det nu lättare att bemanna husläkarmottagningar när det privata incitamentet bejakas. Rekryteringsaspekten finns som en viktig undertext till konkurrensutsättningen: bristen på vårdpersonal hotar öka och attraktionsförmågan hos varje arbetsplats måste stärkas.

(När t o m landstinget i Norrbotten lägger ut vårdcentralen i Nordmaling på entreprenad för att man annars inte kan klara läkartillgången, har arbetsmiljön blivit ett vapen för förändring. Det är flera landsting med samma problem som är på väg i denna riktning. Vad säger statsministern när vårdcen-

tralen i Vingåker snart drivs som entreprenad?)

Enskilt engagemang

Det är ingen tvekan om att det enskilda engagemanget är en avgörande drivkraft även för "den andra vågens" entreprenörer. Drömmen om att själv eller tillsammans med några delägare och medarbetare få utforma verksamheten, utveckla idéer och kunna fatta avgörande beslut utan att fråga om lov hos en – som det vanligtvis upplevts – oöverskådlig, trög och godtycklig landstingsbyråkrati.

De nya vårdentreprenörerna är en kraft som skall medverka i omdaning av sjukvården. Det hoppas landstingsledningen.

Detta är en ström med minst två flöden, dels avknoppare som lämnar anställningen i landstinget för att bli sina egna, dels större vårdföretag som från början har etablerats utanför landstingsvården. Mellan dessa båda kategorier lär vi kommande år få se ett växelspel där de större kan vilja köpa marknadsandelar genom förvärv men där även franchiselösningar, allianser och nätverk lär bli aktuella.

Våg av entreprenörer

Och de 50 som redan har gått genom ekluten är bara en del av förändringen. Det finns för närvarande drygt 200 intresseanmälningar att starta eget. Landstingskontorets sk avknoppningsstöd bedömer att hälften kommer att ha startat inom sex månader! Det sker alltså en kraftig påspädning av egenföretagandet under 2000–2001.

Några av de nya aktörerna porträtteras här. Vi kommer att följa dem, men naturligtvis också andra vårdentreprenörer, under de närmaste årens förändringsskede. Vi skall inte glömma de ursprungligen, i ordets egentliga bemärkelse, privata vårdgivarna, vanligen med kyrklig koppling. I dag verkar de som icke vinstgivande institutioner med uppdrag åt landstinget.

Och vi bör minnas hur SLL:s förste entreprenör inom primärvården, Erik Björn-Rasmussen, sammanfattar sitt uppdrag 1987–1993. Han drev tre

vårdcentraler utifrån ett nytt koncept. 1993 lade han ned verksamheten, som gjordes omöjlig av husläkarlagen.

– Sjukvården drog ingen som helst lärdom av min framgångsrika verksamhet. Vi var 35 procent billigare, men landstinget tog aldrig detta till sig, konstaterar han i dag en smula bittert.

Och vi skall senare försöka visa på de företagsidéer som ännu bara kan skönjas: franchisekonstruktioner, leasing av sjukhusmanagement och andra uttryck för att sjukvården snabbt håller på att bli en bransch som många andra.

Men vi börjar med att porträttera fyra befintliga sjukvårdsföretag.

Nya grepp i Kista

Ercan Sahin är strålande glad. Han håller på att förverkliga drömmen att som egen företagare driva en klinik inom PBU (Psykiatrisk barn- och ungdomsvård).

Det hör inte till de områden som entreprenörer först tänker sig. Landstingets psykiatri ligger mentalitetsmässigt långt från företagande och marknadstänkande. Den kulturkrock som uppstår när några PBU-anställda förklarar att de planerar att starta eget borde uppenbarligen bli föremål för särskild forskning.

– Vi upplevdes genast som ett hot, berättar Ercan Sahin, som är klädd i kostym och slips, inte de kläder man brukar förknippa med PBU och socialtjänst. Han förklarar att det är viktigt att genom klädseln visa att han respekterar den han möter, kostym brukar han bära men har i dag dessutom tagit på slips eftersom han skall bli intervjuad.

– Vi som nappade på landstingets erbjudande att ta över kliniken blev bestraffade av ledningen. Vi fick lägre löneökning än de andra! Det var uppenbart att vi betraktades som illojala. Ledningen för mottagningen förklarade att de skulle göra tillvaron sur för oss.

Nödvändigt klyva

Motsättningarna blev så kraftiga att mottagningen, som vände sig till barn och ungdomar från Rinkeby, Tensta, Spånga och Kista, måste klyvas i två enheter. Kista PBU skall från årsskiftet drivas på entreprenad.

Samma dag som intervjun görs skall Ercan Sahin och övriga ägare lämna sin offert till Nordvästra sjukvårdsområdet, som är beställare. Han och övriga ägare vet inte om de kommer att få uppdraget, men de är optimister.

SLL:s avknopningspaket omfattar inte bara utbildning och konsultstöd utan också avtal om driften, förutsatt att ett attraktivt bud lämnas. Och att det är slagkraftigt skall de konsulter se till, som landstinget bekostar.

Avknopningsprocessen föder nya tankar och synsätt, menar Ercan Sahin.

– I dag tänker vi ekonomiskt på ett helt annat sätt än tidigare: hur används personalen, hur kan vi göra billigare inköp, hur använder vi utrustningen så bra som möjligt?

Att det nu blir de som arbetar i verksamheten som bestämmer, inte landstingets förvaltning, skapar väldig arbetsglädje och engagemang, menar han.

– Nu har vi själva kontroll! Vi arbetar mycket effektivare och ser varje dag över våra personella resurser.

Jobba smartare

Som egen företagare gäller det att jobba smartare. Ercan Sahin säger att tidigare utgjorde behandlingsarbetet bara 30 procent av arbetstiden. Resten var konferenser, möten och administration.

– I dag gråter jag över slöseriet med resurser, utbrister han. Inom PBU är personalen överutbildad men arbetet saknar struktur. Trots att vi hade massor med tid kände sig alla stressade och krävde att få åka på kurs för att lära sig slappna av.

– Vi skall till en början komma upp till 40 procent tid mot kund. Redan det är stor skillnad. Det skall bli mer efterhand, lovar han.

Tidigare var det svårt att över huvud taget komma fram till mottagningen på telefon. Nu har man skaffat en bärbar telefon till den medarbetare som för dagen har jour. Det skall vara möjligt att få en akut besökstid direkt, samma dag.

Med tanke på att väntetiderna till PBU vanligtvis är ett par månader finns mycket att göra för att korta köerna.

– Vi räknar med att kunna ta emot inom en vecka, berättar Ercan Sahin. Det handlar om att organisera arbetet med sikte på att våra klienter är viktigast. Det är dem vi är till för.

Högre tempo

Med det synsättet är hans ambition att utredningar i bland annat vårdnadsärenden, som förr kunde ta upp till ett år att genomföra, nu skall kunna göras på sju veckor.

– Det är orimligt att hela utredningsprocessen kan stoppas upp i månader för att en liten bit information saknas. Då måste vi ta tag i den och hitta andra vägar att komma framåt. Det är djupt oetiskt att låta människor vänta i onödan!

Effektivare arbete förutsätter t ex att det blir intressantare för medarbetarna att ta utredningsuppdrag. Det krävs morötter. I den traditionella PBU-hierarkin är det finare att arbeta med behandlingssamtal och att sitta i möten, antyder Ercan Sahin.

Budgeten för den avknoppade PBU-mottagningen i Kista förutsätter att kostnaderna per klientbesök sänks, från dagens nivå på runt 2 000 kr till 1 500-kronorsnivån.

– Hur kommer det sig att en privat terapeut kan klara sig på 660 kr per besök? frågar Ercan Sahin retoriskt.

Det nya teamet har redan börjat introducera nya arbetsformer. Till exempel bygger man nu nätverk med dem som remitterar barn och ungdomar till PBU; skolläkare, kuratorer, socialtjänstens ungdomsgrupper med flera. Så har man aldrig gjort tidigare.

Visioner

De blivande PBU-entreprenörerna har visioner som driver dem.

– Om PBU vågar gå ut från kontoret kan det bli ett fantastiskt komplement till andra insatser inom socialtjänst och sjukvård. Vi måste ut i skolan, på ungdomsmottagningarna, möta tonårsföräldrar! Vi kan omvandla kunskap till handling!

Kista PBU sticker ut hakan. De har svurit i en kyrka präglad av värderingar av helt annat slag än entreprenörskap och kundfokus.

Somliga kommer att bli lättade om Ercan Sahin och hans kollegor går på pumpen. Jante lever i hög grad inom PBU. Om det däremot går bra kommer barn och föräldrar runt Järvafältet att få bättre service.

Därför kommer vi att följa denna uppstickare under de närmaste åren. Hur det går har vi ingen aning om. Men allt talar för att det blir spännande!

Tandläkare

Robert Tahan är en annan vårdföretagare med invandrarbakgrund. Precis som Ercan Sahin menar han att vårdsektorn i Stockholmsregionen öppnar intressanta möjligheter för invandrare.

– För oss är småföretagandet självklart, förklarar han. Vi ser ingen motsättning mellan privat och offentligt. Och det är ett sätt att komma in i det svenska samhället.

Liksom Ercan kommer Robert Tahan från Turkiet. Han hade en turkisk tandläkarexamen med sig när han 1989 kom till Sverige. Han var nära att ge upp hoppet om att få arbeta i Sverige, och hade just köpt biljett hem igen

när han efter två och ett halvt år fick möjlighet att komplettera sin utbildning. 1994 började han arbeta inom folktandvården i Södertälje.

Tillsammans med en kollega och sin fru Meral arbetar han nu för att återuppliva tandläkarmottagningen i Hovsjö, ett miljonprogramområde i Södertälje. Folktandvården ville 1999 stänga kliniken, men Robert Tahan menar att verksamheten behövs just där:

– Här finns många invandrare med dålig tandhälsa. De är dåligt motiverade att ge sig iväg till mottagningar som ligger långt bort.

Inget gehör

Robert Tahan fick inget gehör hos sin arbetsgivare folktandvården. Då kontaktade han landstingspolitiker och började skapa opinion. Nu har Hovsjö-tandläkeriet fått hjälp att bli privat av landstingskontorets avknopningsstöd, även om tandvården egentligen inte omfattas av avknopningsstrategin. Därmed kan Robert Tahan förverkliga en gammal dröm.

Han lovprisar det stöd han har fått. Utan den hjälpen hade han knappast kunnat ordna lokalfrågan. "Avknopningskonsulten" har stöttat i budgetarbete och många praktiska frågor.

Robert Tahan hoppas att det om något år skall finnas fyra tandläkare på mottagningen. Det saknas inte utvecklingsmöjligheter, menar han:

– Vi måste jobba okonventionellt. Se till exempel på de gamla som bor i servicehuset här – naturligtvis skall vi underlätta för dem att sköta sina tänder. Det kan vi göra genom att göra hembesök hos dem, ta avtryck och förbereda proteser och andra tandarbeten.

Hustrun Meral nickar bekräftande:

– Det är mycket populärt att vi kommer hem till de gamla!

Inte bara tänder...

Deras vision är att utveckla dagens mottagning till ett hälsocenter med massage, fotvårdare, solarium med mera. Utrymme finns i före detta folkhälsovårdens rymliga lokaler. Tandläkarbesök skall inte förknippas med obehag – tvärtom skall man i anslutning till besöket kunna sköta om sig och må bra, det är idén.

I Södertälje har vårdcentralerna i Lina och Geneta avknoppats. Här finns läkare med invandrarbakgrund. Robert berättar att det inom den lokala tandvården finns ett halvduzin invandrarföretagare. Och Hovsjötandläkeriet har nyligen nominerats till årets invandrarföretag i Södertälje, berättar Meral och Robert och visar stolta en stor artikel i lokaltidningen.

Visst är det en kulturrevolution som rullar fram genom vården i Stockholms län. Välutbildade invandrare har här en ny möjlighet att etablera sig. Utan förutfattade meningar om vem som får göra vad i folkhemmet är de beredda att ta för sig.

Hur har det gått för tandläkarna i Hovsjö om några år? Har visionen om hälsocentralen kunnat förverkligas? Det återstår att se. Om några år kan vi redovisa facit.

Tre syror

Flertalet nya vårdentreprenörer är små: några kollegor som likt Ercan Sahin & Co på Kista PBU bryter sig loss från landstinget, några familjeföretag som i Hovsjö. Tillsammans blir de många. Några avknoppare är emellertid betydligt större, såsom Nynäs Vård AB i Nynäshamn.

Där driver tre sjuksköterskor ett vårdföretag som har blivit den största privatägda rörelsen i Nynäshamn. Förvånat konstaterar VD Gun-Britt Linder, vVD Gunnel Dahl och Ragnhild Hörnfeldt att de också är en av kommunens största arbetsgivare. Med 130 anställda och 60 miljoner kronor i årsomsättning har de snabbt gjort intryck på både landstinget, kommunen och företagarföreningen.

Nynäs Vård är historien om tre syrror som tröttnade. Tröttnade på att personalen var osynlig trots hårt arbete. Tröttnade på att det tycktes vara omöjligt att rekrytera läkare till den geriatriska kliniken på Nynäshamns sjukhus. Tröttnade på att den medicinska säkerheten och kvaliteten inte kunde garanteras.

Tog saken i egna händer

Men i stället för att bli utbrända tog de saken i egna händer och nappade på landstingets erbjudande om att lägga bud på den egna arbetsplatsen. Sedan den 1 april i år driver de dels den geriatriska avdelningen vid sjukhuset, dels ett sjukhemsboende på uppdrag av kommunen.

Därmed har de praktiskt visat att entreprenörer kan spela en viktig roll när det gäller att överbrygga den besvärliga klyftan mellan landstingets äldre-sjukvård och kommunens äldreomsorg.

Dessutom erbjuder Nynäs Vård avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering, två viktiga kuggar om morgondagens vård skall fungera enligt de politiska visionerna.

De nya ägarna har nu lagt den mycket besvärliga frigörelseprocessen bakom sig.

– Trots stort stöd från avknopningskontoret blev det långt värre än vi hade anat, berättar Gun-Britt Linder och Gunnel Dahl. En mängd problem skulle lösas som vi inte hade en aning om: licenskostnader, IT-strul, lokalfrågor, vem skulle göra service på efterlämnade gastuber o s.v. Efter ett halvårs verksamhet har vi fortfarande inte kunnat få besked om vilken e-postadress vi skall ha för att fungera i landstingets system!

Inte längre läkarbrist

Nu har de just anställt fem läkare. Plötsligt är det attraktivt att arbeta på geriatriken i Nynäshamn. Den gångna sommaren är den första på länge då ingen avdelning har behövt stänga. Det har klarats främst med egen, fast anställd personal. Och för första gången har inga sjukvikarier behövts.

– Det gick tack vare enorm uppställning från personalen! Vi försöker undvika att hyra in personal, men helt går det inte. Fast anställd personal är bäst för kontinuiteten. Som företagare blir man för första gången medveten om den verkliga personalkostnaden. Den är ju så mycket mer än bara lönen.

Som alla andra vårdföretagare intygar de hur klimatet har förändrats på arbetsplatsen.

– Nu kan vi fatta beslut direkt. Vi-känslan växer. Medarbetarna måste få något mer tillbaka än bara lönen. Landstinget sparade sönder personalen, säger de och tillägger ironiskt att också landstinget nu börjar tala om belöningar och "incentives" för sin personal.

Revirkamp

Förändringen av sjukvården i länet skapar både öppningar och låsningar. På Södertörn pågår en dragkamp mellan sjukhusen i Nynäshamn och Handen om var geriatriken skall hamna. Genom de tre syrrornas initiativ har Nynäshamn stärkt sin ställning. Hos Södra produktionsområdet, som svarar för den ännu landstingsdrivna vården i området, är deras initiativ inte populärt, tror Gun-Britt Linder och Gunnel Dahl:

– Reviret är hotat, förstås. Och ett antal jobb inom administrationen. Vi märker tydlig avundsjuka. En sådan här process väcker starka känslor.

Nynäs Vård har nu avtal med landstinget och kommunen. För första gången finns tydligt reglerat vad som gäller. Också före avknoppningen fanns visserligen avtal om prestation och ersättning, men ingen tog dem på allvar. Med eget företag växer kostnadsmedvetandet.

Allianser

Nu gäller det att rusta för nya utmaningar. Om några år skall uppdragen upphandlas på nytt. Konkurrens är ingen engångsföreteelse. Då gäller att utvärderingarna pekar på ett gott resultat av verksamheten och att det finns muskler att ta hem uppdraget för nästa period.

I den nya marknadsmiljön gäller det att röra sig framåt. Den som står stilla halkar efter.

– Vi måste bygga nätverk och skaffa oss allierade. Huddinge sjukhus och S:t Görans kunde vara lämpliga partners, tycker de båda.

Friheten att skapa lokala koncept ökar. Varför inte en gemensam organisation här i Nynäshamn som svarar för all hälso- och sjukvård, utan dagens revir, frågar de sig.

– Visst kan vi ta hand om kommunens äldreomsorg, bara vi blir överens om avtalen. Det akuta behovet av 20 nya platser i äldreboende är vi gärna med och diskuterar. Vi startar nu dagrehabilitering och har många idéer som det är lite för tidigt att diskutera ännu, skrattar Gun-Britt Linder och Gunnel Dahl.

Något säger att det kommer att gå bra för Nynäs Vård AB. Här förenas yrkeskunnande, jäklar anamma och en stark marknadsposition. Men osvuret är bäst. Vi följer med även på denna resa.

Ingen vanlig entreprenör

Numerärt dominerar avknopparna bland de nya aktörerna inom sjukvården i Stockholmsregionen. Men de största företagen har en annan bakgrund. Svensk Hälsovård (inom Caremagruppen), M&M Medical och Praktiker-tjänsts olika vårdbolag har uppstått utanför landstinget. De har för länge sedan lämnat det entusiastiska starta eget-stadiet. De har erfarenhet av företagande och rejäla ekonomiska muskler.

S:t Görans sjukhus i Stockholm har blivit symbolen för det borgerliga systemskiftet. Sjukhuset blev landstingsbolag 1994 och såldes 1999 till dåvarande Bure Hälsa och Sjukvård AB (i dag börsnoterat under namnet Capio AB). Det är Sveriges första akutsjukhus som har köpts av en privat vårdgivare. Och det sista, om regeringen får som den vill.

I företag av den här storleken finns en professionell företagsledning och en lika professionell ägare med tydliga krav på utveckling och avkastning. Det

är ett stort steg från den lilla, nyss avknoppade vårdgivaren, driven av entusiasm och skräckblandad förtjusning och oftast med målsättningen att drägligt försörja de inblandade. Avståndet är långt till börskurser och avkastning till aktieägare.

Hålla trycket uppe

För Åke Strandberg, S:t Görans nye VD – det är inte bara landstingets sjukhus som byter ledning – gäller dock att vidmakthålla den lilla entreprenörens engagemang och obyråkratiska förhållningssätt. Det försprång som sjukhuset skaffade sig i samband med bolagiseringen måste bevaras. Sedan dess har S:t Görans varit dokumenterat effektivare än regionens övriga sjukhus.

Åke Strandberg låter lite trött när han skall förklara varför.

– Det går så många rykten om hemliga avtal och dolda tillskott av pengar. Det finns inget sådant! Vi har mycket högt kapitalutnyttjande, hög omsättning per anställd och särklassigt fler besök per läkare. Vi är helt enkelt bättre organiserade!

Han beskriver hur man inom sjukhuset har utvecklat titthålskirurgi för knäoperationer. När topptränade kirurger får arbeta med stora operationsvolymer och ingreppet sker med lokalbedövning blir kostnaden per ingrepp lågt. Och det uppstår få komplikationer; en viktig faktor om man ser till kvalitet och ekonomi.

– Dagkirurgi är bra för patienterna, men det skulle vara lönsammare för oss att behålla dem över natten. Dagens ersättningsmodell ger oss svaga incitament att bli effektivare, menar Åke Strandberg.

Det brukar sägas att det var avtalet 1999 mellan Bure och SLL som utlöste DSU-processen. Där utfäster sig landstinget att se till att akutsjukvården konkurrensutsätts från och med 2003.

Vad hinner ske?

Från S:t Görans sida följer man förberedelserna för upphandlingen av akut-

sjukvården med skeptiskt intresse. Frågan är, säger Åke Strandberg, hur mycket som hinner omprövas när nya avtal skall träda i kraft redan 2003.

Det är bara att räkna bakåt så står det klart att det inte ges mycket tid för sjukhusen att utforma nya vårdkoncept och ställa om sin verksamhet. Det innebär i sin tur att det blir svårt för HSN att i förfrågningsunderlagen begära nytänkande och lansera till exempel nya ersättningsformer.

– Men helst borde producenterna få betalt utifrån uppnått hälsotillstånd hos patienten, tycker Åke Strandberg. Tag till exempel diabetesvården. Här finns vedertagna mått på behandlingens kvalitet. Det borde vara möjligt att premiera goda resultat sett till befolkningen i en viss stadsdel. Man kan via blodprov mäta inställningen av insulinvärden, kolla om ögonbottenundersökning har gjorts och så vidare.

Men med tanke på den korta omställningstiden i DSU 2003 lär det bli styckepriset per ingrepp som avgör vem som får ett uppdrag, tror Åke Strandberg. Och det skulle i och för sig passa S:t Görans bra, antyder han.

– Vi kan ta emot 100 000 patienter till utan nyinvesteringar, säger han. Om politikerna vågar fokusera på prislistorna och handla där det är billigast blir det spänst i systemet.

Han erbjuder sig att ta hand om en femtedel av Huddinge sjukhus upptagningsområde. Det skulle bli billigast för sjukvården, säger han. Och Danderyds sjukhus bör överlåta sina dyra höftledsoperationer.

Fler sjukhus privata

I Åke Strandbergs vision av sjukvården år 2005 har befolkningen i landstinget ökat med 150 000 personer. Det är inte längre realistiskt att tala om att avveckla vårdkapacitet – tvärtom behöver den öka. Politikernas försök att ta död på sjukhusen Nacka och Löwenströmska visar sig misslyckade, här och på fler platser uppstår närsjukhus. Gränserna mellan friskvård och sjukvård suddas ut när människor prioriterar välbefinnande och livskvalitet.

Ytterligare ett stort sjukhus är om fem år i privat drift eller har åtminstone managementavtal (d v s sjukhusledningen har tagits in utifrån med ett tydligt uppdrag). Det finns fortfarande köer i den landstingsfinansierade vården. De privata tilläggsförsäkringarna har blivit betydligt fler, siar han.

Sjukvårdsförsäkring

På frågan om vad privata sjukvårdsförsäkringar år 2005 kommer att betyda för S:t Göran svarar han efter en stunds tvekan:

– Det är sådant jag egentligen inte bör kommentera. Men låt mig säga att om 10 procent av vår omsättning skulle komma från privata källor så skulle det vara *väldigt* mycket. Det motsvarar 90 miljoner kronor i år. I dag är det långt mindre än 1 procent. Kom ihåg att 70 procent av volymen utgörs av akutsjukvård. Den delen lär förbli offentligt finansierad. Spelrummet blir därmed ganska begränsat, förklarar han.

Åke Strandberg har ett ampert besked till politikerna.

– I tillväxtregionerna börjar vi nu få en utveckling mot sjukvårdsmarknader. Det kommer in alltfler producenter. Här gör politikerna bäst i att hålla fingrarna borta. Konkurrensen styr kvalitetsutvecklingen. I resten av landet däremot har de uppgiften att garantera god vård! Politikerna oroas för överkonsumtion. Men det här är välfärd – det går inte att ransonera. Ju högre levnadsstandard, desto mer sjukvård efterfrågar vi. Det är ett internationellt samband, menar han.

Omöjligt ransonera

Politikerna bör ge upp tanken på att ransonera sjukvården. Människor godtar inte längre att vänta. De vill ha sina behov tillgodosedda omedelbart. Att åka till akuten i stället för att köa i primärvården blir då helt rationellt, säger Åke Strandberg.

Han avfyrrar en salva mot hela primärvårdstanken:

– Politikerna vill uppfostra till ett visst beteende. Det håller inte längre! Mer

och mer primärvård löser inte problemet när folk helst vill bli behandlade på sjukhus. Skapa i stället kostnadseffektiva alternativ – det är inte dyrare att låta folk direkt få träffa en specialist i stället för att gå omvägen via en husläkare. De har ungefär samma lön, påpekar Åke Strandberg, som menar att det borde vara HSN:s sak att påvisa att allmänläkare är billigare.

S:t Görans VD avslutar med ytterligare ett politiskt inkorrekt uttalande:

– Privata försäkringsgivare (HMO:s) skulle öka effektiviteten. Varje underleverantör åt till exempel IKEA inser vad det betyder för pris- och kvalitetspress att ha en kompetent beställare!

Facket driver på

I den spännande utvecklingen i Stockholms län förskjuts positionerna. Här ser vi hur fackliga organisationer i dag är aktiva tillskyndare av radikala förändringar inom sjukvården. De får därigenom snarare positionen som entreprenörer än systembevarare.

Vårdförbundets ordförande Eva Fernvall har gått i spetsen för en ny syn på vården. Det var hon som lanserade den – till en början – omstörtande idén att medlemmarnas löneutveckling och arbetsförhållanden kanske skulle må bra av att det fanns fler arbetsgivare, inte bara landstingsmonopolet.

I dag är detta vardagsmat. Och Vårdförbundet har bildat ett konsultbolag, VIAM AB, som skall hjälpa sjuksköterskor som vill starta eget. Medan det bland läkare traditionellt har funnits ett betydande egenföretagande saknas motsvarande tradition hos sjuksköterskor. Det är oftast läkarna på till exempel en vårdcentral som tar initiativet till att knoppa av. Läkare ligger också bakom de stora vårdföretag som nu har etablerat sig i Stockholmsregionen.

Var fjärde syrre

VIAM:s VD Eva Jonsson Nordlund intygar att sjuksköterskors intresse att bli vårdentreprenör hela tiden växer. Nu kommer trycket underifrån.

– Våra undersökningar visar att var fjärde medlem i Vårdförbundet vill bli egen företagare. Det motsvarar nästan 30 000 medarbetare i sjukvården!

Upphandlingen av vård inom SLL ger helt nya möjligheter att ta itu med revirtänkande och klyftor mellan huvudmännen som ingen hittills rått på, menar hon. Inte minst för kvinnliga vårdföretagare finns nu stora möjligheter att etablera nätverksföretag och nya idéer.

VIAM skall stötta blivande entreprenörer. Bland annat deltar man aktivt i landstingets avknopningsutbildning. Här tycker Eva Jonsson Nordlund att responsen från SLL:s beställare ännu är alltför liten. Det är en trög process att lotsa ut de nya företagarna.

– Det skulle uppenbarligen behövas entreprenörsutbildning även för landstingets beställare, säger hon syrligt. Då skulle nog kompetens och insikt växa!

Kommunal pragmatiskt

Svenska Kommunalarbetarförbundet stöder inte eventuella avknoppare på samma sätt. Kommunal har visserligen ett konsultföretag – Komanco – men där arbetar man med att utveckla verksamheten inom den offentliga egenregin.

Kommunals ordförande i Stockholms län, Anders Jonsson, tror att en förklaring är att få av medlemmarna ser sig själva som blivande entreprenörer.

– De befinner sig alltför långt nere i vårdstrukturerna. Det blir läkare och kanske sköterskor som tar initiativet. Däremot märker vi intresse att ta över inom t ex storkök. Där har kommunalare en annan position. Det finns inget påtagligt motstånd mot att byta arbetsgivare, snarare är det en generationsfråga. Är du 55 år tvekar du nog att kasta loss på egen hand, tror han.

Anders Jonsson säger att Kommunal i Stockholm har en avvaktande och pragmatisk attityd till konkurrensutsättningen av sjukvården.

– Viktigast är att våra medlemmar får en bättre situation. Här märks utan tvekan S:t Görans med bonuslön och pensionsfond. Organisationen inom sjukhuset har blivit mycket tydligare. Det hade varit helt omöjligt inom landstingets ram. Jag skulle vilja se många olika lösningar som ger möjlighet att testa vad som fungerar bra. Det finns risk att mångfalden förvandlas till ägarkoncentration, precis som i äldreomsorgen. Det vore inte bra, menar Anders Jonsson.

”Bara bolagssjukhus”

Det kan bli lättare att rekrytera vårdpersonal om det finns många vårdgivare. Inom Kommunal noterar man att S:t Görans sjukhus enbart söker personal på heltid, säger han, uppgraderingen av deltid till heltid är en av fackets viktigaste frågor.

Vad tror han då har hänt till år 2005?

– Alla sjukhus är bolagiserade. De privata aktörerna har hunnit göra sitt som förändringsfaktor, säger han lakoniskt. Vi får se vilka som kommer att vara kvar!

S:t Görans har redan visat att man kan sänka landstingets vårdkostnader. Det märks ingen falsk blygsamhet bakom Åke Strandbergs visioner. Ändå är utgången av DSU 2003 ingalunda given. Konkurrenterna inom landstingets akutsjukhus skärper strategierna för att bjuda motstånd.

* * *

Det blir högintressant att följa utvecklingen för avknoppare och andra entreprenörer under kommande år. Särskilt frågar vi oss:

- **Kommer landstingets upphandling och vårdavtal att kunna tillvarata entreprenörernas nytänkande och engagemang?**
- **Kommer det om några år att vara lika vedertaget att arbeta som vård-entreprenör som landstingsanställd?**

7. Patienten – på väg ut ur skuggan

Ett av de kortare kapitlen i den här rapporten handlar om patienten.

Det är ingen tillfällighet. För även om patienter, vårdkonsumenter, brukare, kunder – stryk det som ej önskas – formellt naturligtvis är föremålet för sjukvårdens insatser, är de personer som knappast finns i vårdapparaten mentala fokus. Åtminstone inte inom sjukvårdens överbyggnad.

Det märks i många av intervjuerna i denna rapport där inte minst sjukvårdspolitikerna hellre talar om styrsystem och upphandlingsformer än om hur framtidens sjukvård skall te sig ur patientens perspektiv.

Det är säkert helt oavsiktligt. Naturligtvis vill varje politiker sätta sig i patientens ställe och med hennes ögon se på sjukvården. Beställarrollen bygger på fiktionen att de folkvalda känner invånarna så väl att de på deras uppdrag kan låta producera rätt vård.

Men långt borta från den praktiska vården och omgiven av administratörer är det förledande lätt för politikerna att hamna i den motsatta positionen: hur skall patienten styras att bete sig på ett för vårdapparaten lämpligt sätt? Hur skall hotet från överkonsumtion av sjukvård bemötas?

Vilket intresse?

Eller är det som SLL-politikern Anders Lönnberg (s) antyder: förtroendeval-

da inom sjukvården är inte intresserade främst av sjukvård, utan av att styra? Att föremålet är vård är då mer en tillfällighet.

Alla som har intervjuats för denna rapport räknar med att patienten kommer att bli allt starkare. Det är omöjligt att i fortsättningen tänka sig förändringar där den enskilda vårdkonsumenten inte har en central roll, det är den allmänna meningen.

Mycket av det som nu händer inom sjukvården i huvudstadsregionen – och även i stora delar av landet i övrigt – handlar om den synliga och inflytelserika patienten. Bara om hon litar på vårdapparaten kommer hon att bete sig på sätt som gör det möjligt att optimera vårdarbetet. Och litar på gör man först när det finns något och någon att tro på.

Utan den tilliten blir det svårt att till exempel stärka primärvårdens roll i Storstockholms sjukvård.

Vilka är då de människor för vilka sjukvården i SLL nu skall förändras? Hur sjuka är de? Hur betar de sig? Vilka förväntningar har de på sjukvården? Bryr de sig alls om modeller, incitamentsstrukturer och annat som sjukvårdsapparaten värker fram och som är en stor del av sjukvårdspolitikens dagordning?

Börjar på akuten

Låt oss börja på akuten. Det är för många – på tok för många, enligt sjukvårdens planerare – den första kontakten med sjukvården. Den sista också, för den delen. Och i massmedierna är det trängseln och den skenbara ordan på det stora sjukhusets akutintag som med fördel får illustrera allt som har med sjukvård att göra, oavsett om det är personalflykt, överbeläggning eller höjda patientavgifter.

Så här ser det ut på akuten i Stockholms län (åtminstone om vi går på HSN:s och Socialstyrelsens undersökningar 1997–1999):

Runt 1 000 personer kommer varje dygn till de sju akutmottagningarna i re-

gionen. Yngre medborgare (med HSN:s räknesätt 15–44 år) utgör 35 procent, knappt 25 procent är medelålders (45–64 år) och resterande 35 procent är 65 år och äldre. 5 procent är barn. Hela 23 procent är 75 år och äldre. Lika många män som kvinnor besöker akuten.

Nästan var fjärde kommer med ambulans. Av dem som är 80 år eller mer kommer två av fem med ambulans.

Alltfler kommer hit

Trycket har ökat. Alltfler besöker akuten. Ökningen under 1990-talets senaste år uppgår till 15–20 procent. En viss avmattning har skett under sommaren 2000, om den består återstår att se. Tydligt är hur som helst att alltfler vänder sig direkt till akuten utan att först kontakta sin husläkare eller ha fått remiss till någon annan vårdform.

Varannan patient kommer in under kontorstid, då också den lokala primärvården är öppen. Lika många har haft kontakt med primärvården veckan innan de kom in akut (gissningsvis fick de flesta där inte någon hjälp som de var nöjda med).

15 procent av akutpatienterna blir undersökta av läkare inom en kvart, varannan inom en timme. Efter tre och en halv timme kommer de flesta ut (eller blir inlagda för vidare utredning och behandling). Natten mellan lördag och söndag är väntetiderna längre.

Drygt var tredje akutpatient blir röntgenundersökt. Av dem som togs in för sluten vård fick var tionde intensivvård. Vanligaste diagnosen bland akutbesökarna är något slags yttre skada. I denna kategori får var femte stanna kvar. Näst vanligast är hjärt-kärlsjukdomar och bukåkommor.

Ökat tryck

Utvecklingen speglar såväl att befolkningens sammansättning som värderingar har förändrats. Alltfler sjuka gamla människor behöver brådstörtat vård. Allt färre i aktiv ålder godtar dålig tillgänglighet i primärvården.

Förmodligen har det också haft betydelse att de två lokala sjukhusen Nacka och Löwenströmska 1996 stängde sina akutmottagningar. Invånare från deras närområden fick söka sig till andra sjukhus, främst Södersjukhuset, Karolinska och Danderyd.

En del av den ökade efterfrågan på akutsjukvård kan förklaras av att befolkningen i landstingsområdet ökar snabbt, med omkring 20 000 personer per år. Genomsnittsåldern stiger också, och som vi har sett är "de gamla gamla" klart överrepresenterade på akuten.

Men ännu intressantare är beteendet att i stigande omfattning direkt bege sig till akutmottagningen också med mindre dramatiska problem.

Som vi snart kommer att se är missnöjet betydande med den dåliga tillgängligheten inom primärvården, som enligt vedertagna vårdstrategier skall utgöra "första linjens sjukvård". Här skall patienterna av husläkare och distriktssköterskor fångas upp för direkt behandling. Först i den mån så inte kan ske skall de slussas vidare till tyngre vård.

Tålmodet bland de vårdsökande håller på att rinna ut, tycks det. Behöver man vård beger man sig till akuten; där blir ingen avvisad och alla får hjälp, även om det tar tid.

Vad säger patienten?

Hur utfaller då sjukhusens prestationer utifrån patientperspektivet? SLL har 1993, 1997 och 1999 låtit undersöka utvecklingen av kundtillfredsställelse inom allmänkirurgi och ortopedi. Generellt blir intrycket att sjukhusvården när det gäller tillgänglighet och bemötande har försämrats under 1990-talet.

Siffrorna i tabellen på s 137 säger oss att allt färre själva har kunnat välja vid vilket sjukhus de skall behandlas. Det strider direkt mot landstingets valfrihetspolicy och de önskemål som uttrycks allt tydligare från patienthåll.

Att folk inte beter sig som sjukvårdsapparaten uppmanar dem, utan som de själva finner bäst, är en huvudvärk för landstinget. Särskilt som politikerna

Patienternas omdömen	1993	1997	1999
Allmänkirurgi			
Patienten har själv kunnat välja sjukhus	54	42	36
Patienten har själv kunnat välja operationsdag	38	25	17
Andel patienter som fått vänta 3 månader eller längre	12	35	38
Andel patienter som fått tid för återbesök	50	37	38
Velat ha skriftlig info om eftervård (av dem som ej fått det)	47	23	38
Fått info om hemfärden redan före inskrivningen	75	67	65
Ortopedi			
Patienten har själv kunnat välja operationsdag	33	27	21
Fått tid för återbesök på op.klinik (av dem som fått tid)	90	77	81
Andel missnöjda med parkeringen (av dem som är berörda)	50	27	31
Fått skriftlig info om eftervården	knappt 50	57	58
Mycket nöjd med vistelsen på sjukhuset	60	70	60
Urologi			
Andel patienter som fått vänta 4 veckor eller längre	42	66	47
Gråstarropererade			
Patienten har själv kunnat välja sjukhus	63	76	73
Andel patienter som fått vänta högst en vecka	24	5	4
Andel patienter som fått vänta längre än 4 veckor	28	68	76
Fått tid för återbesök på op.kliniken (av dem som fått tid)	75	96	94
Fått info om hemfärden redan före inskrivningen	89	98	91

sänder ut vad som möjligen kan tolkas som dubbla budskap genom löften om valfrihet och vårdgaranti (vilka som vi ser ovan inte alltid kan infrias).

100 000 till

I takt med att länets befolkning ökar växer trycket. 1998 uppgick befolkningen till 1,78 miljoner. 2005 – då all akutsjukvård skall vara upphandlad – beräknas ytterligare 100 000 människor bo här: 1,88 miljoner. Varannan ny regioninvånare kan hänföras till inflyttning, varannan till den naturliga folkökningen.

Gruppen 55–64 år kommer att öka starkt de närmaste åren, likaså kategorin 80+. Befolkningen åldras även i den expansiva huvudstadsregionen. Med stigande ålder följer ökad sjuklighet.

I andra änden av befolkningspyramiden blir det fler yngre tonåringar, frukter av babyboomen runt 1990.

Stockholmarna lever allt längre och drar här ifrån rikets snittsiffror. Sedan 1980 har medellivslängden ökat med 4,4 år i Stockholmsregionen mot 3,6 år i landet i övrigt. Klyftan mellan män och kvinnor har krympt, från 6,7 till 5,1 år.

Det är både hälsosamt och ohälsosamt att leva här. Arbetsmarknaden är mer varierad, inkomsterna högre. Det finns en stor andel högutbildade, aktiva välfärdsconsumenterna. Samtidigt är risken större att fara illa på grund av stress och våld. Många segregerade bostadsområden rymmer inbyggda hälsorisker.

Olikheter

Skillnaderna märks på bland annat invånarnas livslängd.

Män i det som benämns Nordöstra sjukvårdsområdet, med generellt sett välbeställda bostadsområden som Danderyd, Lidingö och Täby, lever i genomsnitt hela 4,4 år längre än män i Södra sjukvårdsområdet. Där finns Stockholms gamla arbetarförorter och kranskommunernas miljonprogramområden.

Fortfarande är grundskola den vanligaste högsta utbildningen i huvudstadsregionen, följd av gymnasieskola och högskola. Liksom i de flesta andra avseenden finns här skillnader mellan norr och söder. I norra Storstockholm har nästan 40 procent högskoleutbildning.

80 procent av dem som deltog i 1999 års undersökning var födda i Sverige. En av fyra levde ensam. 7 procent bodde i servicehus eller annat äldreboende.

Tre av fyra friska

Tre av fyra bedömde sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Var tionde svarade att det var dåligt. I gruppen 75+ angav en fjärdedel dålig hälsa. Två av fem hade varit sjukskrivna det senaste året, av dem hade var femte mer än 30 sjukskrivningsdagar.

Trots att alltså tre av fyra anser sig ha bra hälsa finns en stor grupp – var femte invånare – som i undersökningarna definieras som ”allvarligt sjuka”. Det rör sig om personer som själva anger symtom såsom livshotande sjukdom, daglig värk, ångest eller depression eller annan allvarlig sjukdom.

Riskgrupper

Utifrån denna subjektiva definition skulle var sjätte invånare i regionen ha sådana psykiska eller kroppsliga defekter att hon är oförmögen att leva ett normalt liv. Var tionde skulle lida av ångest och oro, var tredje ha daglig värk.

Förtidspensionerade och långtidssjukskrivna utgör en särskilt tydlig ohälsogrupp. Där anger hela 80 procent daglig värk, 70 procent något slags handikapp, 40 procent depression eller ångest och 20 procent livshotande sjukdom.

Uppgifterna om sjukdomar har hållit sig stabila under hela 1990-talet. De antyder att det finns stor spännvidd mellan sjukvårdens definitioner, att begreppen hälsa och ohälsa kan ha skiftande innebörd.

Det är i de södra delarna av länet som människor har sämst hälsa. Också SLL har sin nord-syd-dimension. När det gäller morgondagens sjukvård finns såväl farhågor som förhoppningar om ökad segregation och ny dynamik. Det tycks dock som om de regionala skillnader som förstärkts sedan 1970-talet nu har börjat jämnas ut, främst beroende på att befolkningen överlag blivit mer blandad.

Det uppskattas av en femtedel av alla barn i Stockholmsregionen växer upp i områden som blir alltmer segregerade och där ekonomin och hälsotillstån-

det är sämre. Social stress p g a segregering i boendet och dålig privatekonomi framstår i dag som en tydlig hälsorisk, det är en slutsats av undersökningsinstitutet Inregias studier.

Sjukdomsbördan

Sjukvårdsplanerarna har traditionellt kunnat betrakta folkhälsan utifrån termer som medellivslängd och dödlighet. Dessa begrepp säger i dag inte särskilt mycket. Alltfler lever länge med sin sjukdom, t ex psykisk ohälsa eller allergi. Gränsen mellan friskt och sjukt blir allt diffusare. Att var femte stockholmare anser sig ha allvarliga sjukdomssymtom kan ses som ett uttryck för denna glidning.

Ett nytt redskap för att mäta folkhälsan är DALY (Disability Adjusted Life Years). Det väger samman dödlighet och funktionsnedsättningar till ett jämförbart index, som uttrycker den totala sjukdomsbördan.

DALY ger landstingets folkhälsoplanerare en ny kartbild över hälsa och ohälsa i länet. Den visar till exempel att männens sjukdomsbörda till 62 procent utgörs av förtida död och bara till 38 procent av sjuklighet. För länets kvinnor däremot är sjukdom och förtida död jämnt fördelade.

HSN-stabens förklaring är att sjukdomar som leder till långvarig funktionsnedsättning är vanligare bland kvinnor, t ex psykiska åkommor, medan män oftare drabbas av direkt dödliga sjukdomar, till exempel i hjärta och kärl.

Förskjutning

Långvarig sjukdom blir alltså ett alltmer omfattande hälsoproblem. Psykiska besvär, allergier och värk i armar och ben svarar för en stor del av sjukligheten. Dödligheten i cancer, hjärt-kärlsjukdomar och yttre skador minskar däremot. Sjukdomspanoramat förskjuts från dödlig sjukdom till utdragna, kanske kroniska men icke-dödliga tillstånd. Bidragande till denna utveckling är kvinnors ökade sjuklighet.

Den sjunkande cancerfrekvensen förklaras bland annat av att allt färre storstockholmare röker. Fetma som hälsoproblem ökar å andra sidan i betydelse.

Hur nöjda?

Hur nöjda – eller missnöjda – är då Stockholmsregionens invånare med den sjukvård som SLL erbjuder? HSN låter återkommande mäta inställningen. Med tanke på den nuvarande politiska majoritetens betoning av valfrihet, mångfald och stärkt primärvård blir nöjd-kund-undersökningar ett särskilt viktigt uppföljningsredskap. Dessa studier mäter befolkningens syn på och erfarenheter av sjukvården.

Dessutom gör sjukhus och andra vårdgivare mer specifika undersökningar riktade mot patienter som har genomgått behandling. Detta slags patientenkäter avser vi att återkomma till i senare rapporter.

Med tanke på de politiska målen är resultatet av mätningarna inte alldeles uppmuntrande. Från det inledande mätåret 1990 sker i allmänhet en förbättring till 1994, då undersökning nr två genomförs. Mellan 1994, 1997 och 1999 visar flera viktiga indikatorer på att medborgarna blivit mindre nöjda.

De faktorer som undersöks är främst tillgänglighet, erfarenhet av vården och attityder till vården.

Bra – på papperet

När det gäller tillgängligheten skall vi komma ihåg att den formellt sett är god inom landstingsområdet i såväl nationell som internationell jämförelse. Här krävs inte remiss för att besöka specialistläkare eller sjukgymnast. Patienten kan vända sig till varje vårdgivare oavsett var i regionen hon bor. Inom primärvården skall alla kunna få kontakt med vårdpersonal samma dag, och man skall få träffa läkare inom åtta dagar.

Om politiska utfästelser gör att piskan inte längre kan användas gentemot allmänheten måste moroten vara desto mer lockande. God tillgänglighet till primärvården blir då egentligen det enda incitamentet att inte direkt bege sig till akuten.

Skakig garanti

Den nationella så kallade besöksgarantin förefaller inte riktigt fungera: i 1999 års studie fick var femte patient inte tid hos sin husläkare redan nästa dag. Bland dem som sökte för akut sjukdom fick år 1997 85 procent tid redan nästa dag, 1999 bara 77 procent. Också för den som led av en sjukdom som hade pågått någon tid försämrades tillgängligheten, även för kroniker.

Av dem som mätåret 1999 ringde sin husläkare hade drygt 30 procent inte fått en för dem acceptabel besökstid. Jämfört med den första undersökningen 1994 hade andelen missnöjda här fördubblats.

Man kunde tro att de här personerna skulle vända sig till någon annan vårdgivare. Den vanligaste reaktionen är dock, enligt undersökningarna, att helt avstå från besöket. 30 procent struntar sålunda i att gå till doktorn om de inte får tid direkt. Symtomen kan ju också avta medan man väntar. En stor grupp kontakter dock en annan vårdgivare, i primärvården eller företagshälsovården.

15 procent av dem som inte fått gehör hos primärvården beger sig i stället till akutmottagningen på ett sjukhus. De motsvarar 30 000 besök, uppskattar undersökningen.

Plånboken styr

Andelen invånare som säger sig helt avstå från sjukvård trots att behov föreligger fördubblades under 1990-talet. Sannolikt har den försämrade privatekonomin varit en viktig förklaring. Var sjätte deltagare i 1999 års undersökning uppgav att hon en eller flera gånger, av ekonomiska skäl, under det senaste året avstått från läkarkontakt.

Här är personer med invandrarbakgrund, liksom ungdomar, tydligt överrepresenterade (en bidragande orsak till att problemet tycks vara större hos unga invånare kan vara att många äldre patienter har frikort och därmed inte betalar någon patientavgift). De senaste undersökningarna tyder inte på att bättre konjunktur har påverkat beteendet.

”Husläkaren – var god dröj”

1999 ansåg hälften av dem som hade ringt sin husläkare att det var lätt att komma fram under telefontid. Mellan mättillfällena 1997 och 1999 har telefontillgängligheten försämrats påtagligt.

Om primärvården skall kunna avlasta akutsjukvården måste det vara lätt att komma i kontakt med husläkare och vårdcentraler. Trots att en och annan vårdcentral funderar på att börja använda Internet är det ännu i praktiken telefon som gäller för tidsbeställning och rådgivning.

Invånarnas erfarenheter av telefonkontakt med sjukvården har emellertid blivit allt sämre, visar SLL:s undersökningar.

Regionala skillnader

Här märks skillnader mellan de sex sjukvårdsområdena, vilket kan ge intressanta signaler om att primärvården har olika inställning till telefonservice. Det är möjligt att även andra faktorer har betydelse, som patientens telefonvana och erfarenhet av att stå på sig.

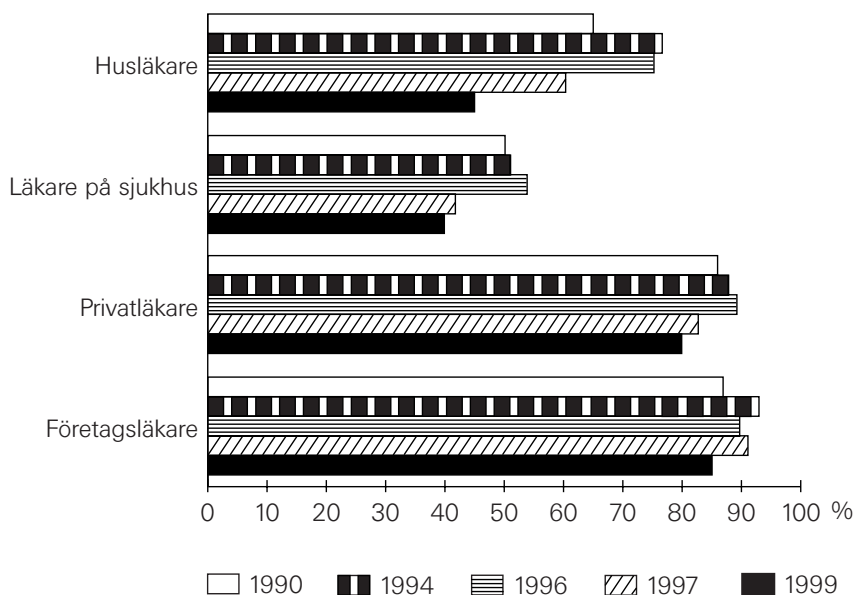
I de tre områdena Nordöstra, Norra Stockholm och Sydvästra angav 1999 minst 50 procent av de tillfrågade att de haft lätt eller mycket lätt att under telefontiden komma i kontakt med husläkaren. I övriga områden – Nordvästra, Södra Stockholm och Sydöstra – ligger motsvarande siffra bara runt 40 procent.

Generellt har det blivit allt svårare att via telefon få tag i husläkaren. 1994 ansåg nära 80 procent att det var lätt att komma fram. 1999 hade andelen sjunkit kraftigt, till under 50 procent. Det har uppenbarligen blivit svårare att nå även sjukhusläkare, privatpraktiker och företagsläkare. Siffrorna för detta slags läkare uppvisar dock inte samma markanta försämring.

Låg kännedom

Den så kallade besöksgarantin slår fast att det skall vara möjligt att redan samma dag akut kunna besöka sin husläkare. Är den rättigheten känd? har Inregia frågat. Det man inte känner till är ju svårt att utnyttja.

Andel invånare som haft lätt att komma fram på telefontid av dem som hade ringt till respektive läkargrupp, efter undersökningsår.



Varannan tillfrågad uppgav 1999 att de inte visste huruvida det var möjligt att samma dag få akuttid. 30 procent uppgav att det kunde man, 20 procent ansåg att det var omöjligt. Att bara en knapp tredjedel av befolkningen ännu efter ett decennium av aktiv sjukvårdsinformation känner till denna service kan förklara primärvårdens svaga dragningskraft.

I dessa befolkningsundersökningar kan de svarande lämna egna omdömen.

Där görs kloka reflektioner om hur illa utformade vårdcentralernas telefonmottagning är. Telefontider som 09–10 gör det omöjligt för lärare och dagispersonal att komma ifrån för att ringa. Varför finns inte en bandspelare där man kan lämna ett meddelande och bli kontaktad senare under dagen? Varför inte telefontid på eftermiddagar? Växelnummer kan inte sättas på återuppringning – därför måste patienten sitta i kö eller ringa upp igen, gång på gång ...

Dessa enkla noteringar illustrerar produktionstänkandets gråa och fantasi-lösa ansikte. "Hur skulle det se ut om folk kunde nå oss när som helst? Ringa tillbaka, nej det har vi verkligen inte tid med! Vi har våra rutiner."

Bunkermentalitet

Mot denna bunkerattityd har politikerna hittills kämpat förgäves med sina vårdgarantier och krav på tillgänglighet. Kanske blir det de nya entreprenörerna i primärvården som skall gå i bräschen för andra perspektiv.

Än så länge räcker det att installera ett s k TeleQue-system (lämna ditt namn i mottagningens telefonsvarare så ringer en sköterska tillbaka på det klockslag du angivit) för att hamna på listor över nydanare i primärvården.

SLL:s beställare säger att man i kommande upphandlingar skall ställa krav på förbättrad tillgänglighet. CVV:s projekt *Sjukvård i förändring* kommer att följa utvecklingen. För om sjukvården inte blir mer lättillgänglig – vad handlar då det stora reformarbetet om? Det är ju mycket detta som uttrycker primärvårdens kris.

Nöjda med behandlingen

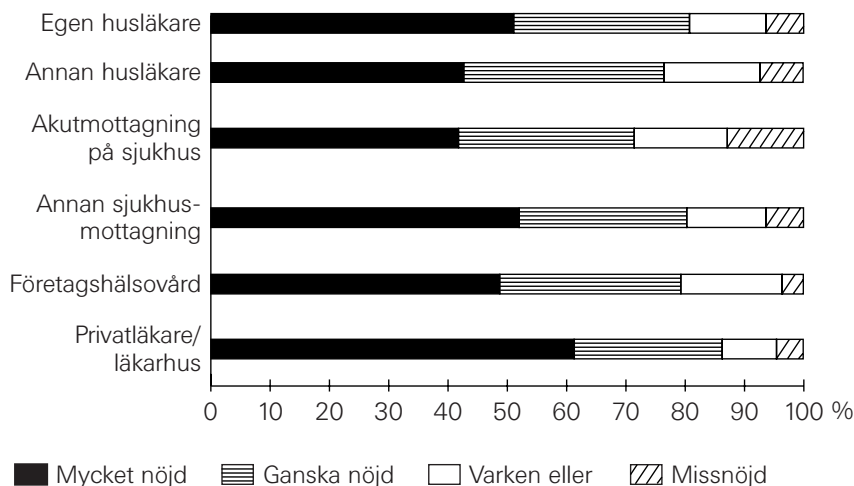
Vad tycker då den som väl kommit fram till läkaren och kunnat beställa tid? Hur utfaller mötet och behandlingen?

I allmänhet är patienterna påtagligt nöjda.

Intressant nog är den minst belåtna gruppen ungdomar (18–24 år). Här uppger 15 procent att de är missnöjda – tre gånger så hög andel som för hela befolkningen. Ser vi här de nya, krävande välfärdsconsumenterna krocka med vårdapparaten? Som väntar sig snabba insatser utan att ta hänsyn till vedertagna begrepp, som att inom sjukvården är det alltid väntetider?

Allmänhetens förtroende för sjukvården är betydelsefullt för hur patientströmmarna formar sig.

Andel patienter som var nöjda med åtgärden, efter vårdgivare (1999),



Mest avgörande för inställningen är huruvida individen har någon erfarenhet av sjukvården: dubbelt så många som uppger att de litar på sjukvården har också besökt den, jämfört med dem som anger att de saknar förtroende.

Högst förtroende av alla kategorier har storstockholmarna för privatläkare/läkarhus.

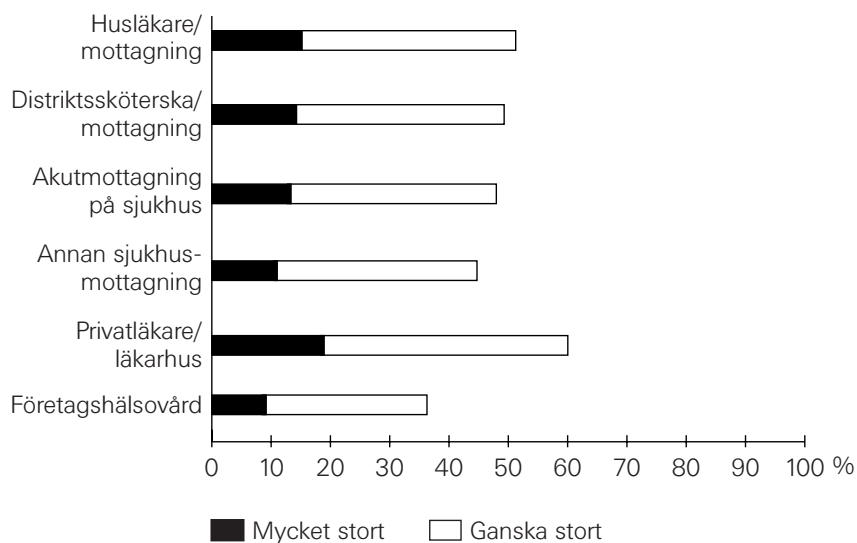
Knappt hälften av de svarande anger något slags förtroende för primärvården. "Om man vill få invånare att välja att besöka husläkare/mottagning borde man höja förtroendet för denna vårdgivare", är en av Inregias rekommendationer i 1999 års undersökning.

Ljusare syn

Stockholmarnas syn på sjukvårdens framtid har ljusnat något i takt med att landstingets ekonomi har förbättrats.

Vid undersökningen 1994 trodde över 70 procent att vården framöver skulle försämrats. 1999 hade andelen pessimister (realister?) sjunkit till under 60

Andel invånare med ganska eller mycket stort förtroende för respektive vårdgivare (1999).



procent. Det är främst gruppen som oroas av en stark försämring som har minskat. Bara 20 procent räknar med en förbättring.

Politikernas metod för att skapa god tillgänglighet är att sätta tryck på produktionen. Den skall kunna möta patientens krav på att få anlita olika vårdgivare, samtidigt som vården skall vara lätt tillgänglig. Ersättningen till producenterna relateras till prestationen.

Redskapen som skall ge patienterna makt heter – utöver enkäter av det slag som redan beskrivits – garantier, klagomöjligheter och information.

Vårdgaranti

Sedan 1988 finns inom SLL en vårdgaranti som anger inom vilken tid en patient skall få behandling. Den har under 1990-talet haft något skiftande utformning. Under 1999 har omfattningen utvidgats.

Nu gäller att tiden från beslut om operation/behandling till genomförandet inte får vara mer än tre månader (om patienten inte själv av något skäl föredrar längre tid). Garantin gäller alla medicinskt motiverade behandlingar med några få undantag (bl a rehabilitering, åtgärder mot ätstörningar och logopedisk behandling).

Senast 2001 skall samtliga behandlingar ingå.

Ombudsmän hjälper till

Om man inte inom den utsatta tremånadersgränsen kan få behandling skall sjukvårdsområdenas patientombudsmän ordna motsvarande behandling på ett annat sjukhus, inom eller utanför landstinget. Enligt HSN begärde under 1999 drygt 700 patienter sådan hjälp. Alla som behövt byta vårdgivare har också fått erforderlig hjälp, uppger HSN.

I år blir det sannolikt betydligt fler. Årets kostnad för patientgarantin uppskattas till 60 miljoner kronor. Att fler anlitar denna möjlighet kan bero på dålig tillgänglighet eller kräsnare, bättre informerade patienter.

De som anlitar garantin har problem med främst nedslitna höft- eller knäleder, prostataförstoring och diskbräck, eller behöver bröstförminskning på grund av ryggbesvär.

Garantisystem blir allt vanligare för att stärka patienten. Den 1996 införda besöksgarantin har karaktär av lag och skall tillämpas över hela landet. Besöksgarantin slår fast att patienten skall kunna få kontakt med primärvården redan samma dag. Det skall dröja högst åtta dagar innan sjukvårdsbesöket kan äga rum.

Medan vårdgarantin inom SLL anses fungera bra har besöksgarantin inte kunnat honoreras. Bristen på läkare i primärvården har – som vi sett på patienternas omdömen – i många fall resulterat i längre väntetider.

Information ger makt

I takt med att möjligheterna minskar att handgripligt styra patienterna, och

den enskildes samhällskompetens ökar, förlitar sig sjukvården på information. Rätten till information är också en fråga om patientmakt.

Ett område där patientinformation är särskilt viktig är i samband med utskrivning från sjukhuset. Får man tro SLL:s undersökningar har förhållandena här försämrats under slutet av 1990-talet.

Fyra av tio patienter uppgav 1999 att de inte hade fått något utskrivnings-samtal trots att de önskat sådant. Vid detta tillfälle skall information ges och råd lämnas om hur man sköter sig under konvalescensen, vad man skall tänka på vid medicinering etc. Var fjärde utskriven oroade sig för hur vården skulle fungera i fortsättningen. Ännu fler – var tredje patient – hade obesvarade frågor om sin sjukdom. Det fanns inte utrymme för diskussion och samtal i enrum med läkaren innan man lämnade sjukhuset.

Patientnämnd

Den som är missnöjd kan vända sig till antingen den regionala patientnämnden eller till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Redogörelserna härifrån ger viktig kunskap om relationen patient–sjukvård.

Patientnämnden får 3 000–4 000 anmälningar varje år. "Det kan ifrågasättas om det är mycket eller lite då det skall fördelas på 4,5 miljoner läkarbesök, 280 000 vårdtillfällen och 1,6 miljoner tandläkarbesök", kommenterar HSAN-staben, men bestämmer sig sedan för att det är alltför många anmälningar om perspektivet skall vara "patienten i centrum".

"Denna kunskap manar till förbättring", blir slutsatsen.

Flertalet anmälningar till nämnden avser behandling respektive bemötande. Mycket av missnöjet som gäller upplevd felbehandling gäller att resultatet inte har blivit vad patienten förväntat sig. Då kan anmälan vara uttryck för ogrundade förhoppningar genom att dialogen mellan den enskilde och sjukvården inte har fungerat.

Finns då vårdgrenar som är särskilt belastade med anmälningar? Ja, primär-

vården står för en tredjedel och akutsjukhusen för en fjärdedel av alla ärenden. Också psykiatrin har många anmälningar.

HSAN

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är en rikstäckande organisation för att ta emot klagomål som gäller felbehandling m m. HSAN svarar för legitimerad sjukvårdspersonal och kan "pricka" felande medarbetare med olika sanktioner. Nämnden kan dra in yrkeslegitimationen för den som fälls.

SLL antog i början av år 2000 ett policydokument, benämnt *Vård i dialog*. Där sammanfattas alla patienträttigheter.

Landstingsledningen favoritprojekt för närvarande är *Vårdguiden*, en stor satsning på att via Internet förstärka utvecklingen mot att patienten blir en allt starkare kravställare. Den som söker vård kan redan i dag på SLL:s hemsida se kösituationen inom sjukvården, och med stöd därav vända sig till det sjukhus som har kortast väntetid för en behandling. (På nationell nivå har Landstingsförbundet tagit initiativ till motsvarande information; en tydlig signal om att man på central nivå tycker att detta slags "kundinformation" utvecklas alltför långsamt ute i landstingen.)

vardguiden.nu

De senaste åren har det vuxit fram flera läkarsajter på Internet, som ger olika slags råd. Några har ambitionen att underlätta allmänhetens val av vård. Patientföreningar har sajter som vänder sig till sina medlemmar med råd om den specifika diagnosen och dess behandling.

Vårdguiden inom SLL har dock högre ambition och skall bli patientens hjälp att navigera i sjukvården. Uppbyggnaden av marknadsinformation blir både logisk och nödvändig när sjukvården snabbt förändras från storskaliga monopolformer till nätverk med en mängd olika producenter.

Landstingsledningen vill koppla projektet *Vårdguiden* till Sveriges ställning som IT-nation. Anslaget är minst sagt modernt, eller möjligen PR-betonat.

För första gången skall anläggas ett H2C-perspektiv på sjukvården, meddelade stolta landstingsråd vid en presentation på försommaren.

H2C

Healthcare-to-consumer, alltså. När *www.vardguiden.nu* är fullt utbyggd skall en vårdkonsument online eller via sin WAP-telefon få reda på t ex vilken vårdcentral som ligger närmast eller vilka biverkningarna kan bli av ett visst läkemedel. Med hjälp av så kallade *call centers* skall man kunna boka tid och få olika slags rådgivning. Servicens utformning skall anpassas till individens önskemål.

Politikerna hoppas att projektet skall utvecklas tillsammans med IT-industrin och bli sjukvårdens flaggskepp.

Målet är att 25 procent av sjukvårdens förstagångsbesökare skall orientera sig med hjälp av *Vårdguiden*. Gårdagens pekpinna duger inte längre när välfärdsmarknaden slår upp portarna. När Internetgenerationen gör entré som vårdkonsument gäller att göra information och kommunikationsvägar attraktiva.

Vem bläddrar bland telefonkatalogens blå sidor när man kan surfa in hos husläkaren?

Vad säger patienterna?

Hur ser då patienterna på den pågående förändringen av sjukvården?

Citerade undersökningar visar att det i flera avseenden finns missnöje med dagens situation och att kritiken tycks ha hårdnat under 1990-talet. Vad invånarna i Stockholmsregionen tycker om t ex visionen av den nya närvården, som skall integrera de aktörer och funktioner vilka hittills inte kunnat samverka, vet ingen. Inte heller hur man ser på renodlingen av det politiska beställaransvaret eller upphandlingens subtiliteter.

Det är å andra sidan kanske det slags omdömen som lämnas i landstingsvalen. Där kan en majoritet av befolkningen i det senaste landstingsvalet

kanske anses ha signalerat att man är positiv till entreprenörer och andra privata inslag i sjukvården. Utvecklingen av partisympatierna i regionen tycks inte slå mot de partier som förordar långt driven valfrihet, snarare tvärtom.

Det finns däremot undersökningar om inställningen till privata utförare. Den tycks genomgående vara positiv (och som vi sett av landstingets undersökningar är attityden också gynnsam mot privatläkare).

Kanske har stockholmarna helt enkelt en praktisk och odogmatisk inställning: alla producenter är välkomna om de bidrar till att göra sjukvården bättre, oavsett drift- och ägarform. Varför skulle inte privata företag kunna göra ett bra jobb också här?

Lösning utan problem?

Tanken på att lagstifta mot privat akutsjukvård tycks inte vara någon stor fråga inom SLL. Ingen jag har intervjuat tillmäter ett eventuellt förbud någon betydelse.

Inte heller allmänheten tycks förstå socialministerns iver att försvåra privatiseringen av sjukhus. Enligt en opinionsundersökning hösten 1999 (beställd av moderaterna och utförd av SKOP) välkomnade tre av fyra svarande att S:t Görans sjukhus skulle övertas av ett privatägt vårdföretag. Även bland respondenter som identifierade sig som s-väljare fanns en klar majoritet för privatiseringen.

Bland regionens patientföreningar finns både förhoppningar och farhågor när det gäller effekterna av konkurrensutsättningen.

Ännu framstår dock många av frågeställningarna som diffusa. När vi rycker närmare de konkreta avgörandena lär intresset öka. Under det närmaste året måste det dock klarna huruvida – och hur – beställarna i förfrågningsunderlagen skall formulera krav på producenterna vad gäller förebyggande insatser, vårdkedjor, rehabilitering och patientinformation.

Bygga kontakter

CVV-projektet *Sjukvård i förändring* kommer att utveckla kontakter med patient- och anhörigorganisationer och bygga upp en Internetbaserad patientpanel för att undersöka attityder och erfarenheter av förändringen inom SLL:s sjukvård. Vi räknar med att redan i rapport nr 2 hösten 2001 ha en redovisning av patienters och intresseorganisationers bedömning av huruvida DSU 2003 och övrig vårdupphandling har börjat på rätt sätt.

Ty detta blir ändå facit för allt förändringsarbete: blev det bättre än tidigare? Och med människan som resultatmått: mår hon bättre efter kontakt med morgondagens sjukvård än i dag?

* * *

Två för oss centrala frågor att följa i förändringsprocessen blir:

- **Blev det bättre för den som söker och får sjukvård?**
- **Vilka möjligheter har storstockholmaren att som patient/vårdkonsument påverka sin sjukvård? Vill vårdapparaten fortfarande "styra" eller anförtros medborgaren självstyre?**

8. Släpp politiken, rädda idéerna!

Förändringen av sjukvården i Stockholms län inbjuder till flera skilda tolkningar.

De som instinktivt oroas talar gärna om privatisering i ordets sämre bemärkelse – att sjukvården skall bli föremål för geschäft från vinstmaximerande storföretag. "Man skall inte tjäna pengar på att folk är sjuka." Då kommer plånbokens tjocklek att råda. Den som är svag och fattig riskerar att skuffas åt sidan.

Den här typen av invändning var till helt nyligen ganska vanlig. I dag hörs den alltmer sällan. Den kritiske talar om passivisering och tillvänjning bland medborgarna. Den som är mer positiv menar att oron över konkurrensutsättningen hittills inte har visat sig befogad – rätten till sjukvård har inget att göra med vem utföraren är.

Enighet

Till bilden hör att det i landstinget egentligen finns bred politisk enighet om att sjukvården skall konkurrensutsättas. Skillnaden är att medan borgerliga majoriteter med kraft utnyttjar denna enighet agerar socialdemokraterna varken åt ena eller andra hållet när de har makten. Att de fackliga organisationerna inom sjukvården är positiva till förändringen minskar ytterligare utrymmet för kritik.

Entusiasterna talar om valfrihetsrevolution och sätter likhetstecken mellan privat och kvalitet. Medlet konkurrens får gärna karaktär av mål. Att privatiseringen dessutom skall medföra billigare sjukvård och äntligen göra det möjligt att rejält sänka landstingsskatten spelar i deras föreställningsvärld en viktig roll.

Andra entusiaster ser den nya sjukvården som en förutsättning för att kunna rekrytera medarbetare och ge dem drägliga arbetsvillkor.

Dold dagordning?

Det finns också de som misstänker att det finns en dold dagordning bakom konkurrensutsättningen – att moderaterna egentligen är ute efter att riva upp den solidariska finansieringen av sjukvården. Ju fler privatägda vårdgivare, desto svårare att upprätthålla dagens finansiering, menar de.

Dessutom hörs det – främst från läkare och sjukvårdens administratörer – en hel del illusionsfria omdömen av typen ”nytt plågsamt reformförsök”, antydning om en politikens *quick fix* där marknaden nu får sköta den ransonering och kapacitetsminskning som politikerna inte vågar stå för. I det skenet framstår DSU som bara ytterligare en nyck från makten.

Bland de många stämmorna hörs till sist även marknadsfundamentalister, som menar att så länge finansieringen sker i offentlig regi och landstinget är den enda riktigt betydelsefulla köparen blir allt tal om konkurrens och valfrihet ihåligt. Då kan resultatet i bästa fall bli en skenmarknad. Patienten får inte bli kund utan är dömd att förbli en underordnad figur. Först då lite ”kreativ förstörelse” släpps fram i sjukvården kommer saker att hända, menar de.

Kanske ligger det något i alla dessa spekulationer och funderingar.

Helt annan tolkning?

Men måhända är också en helt annan tolkning möjlig.

Kan man inte säga att kombinationen av offentlig finansiering och konkurrensutsatt produktion egentligen är en god svensk tradition? Att det rör sig

om att låta politik och marknad förenas utifrån den ursprungliga folkhems-tanken: att skenbart oförenliga krafter samlas i en ideal arbetsfördelning?

Om vi fortsätter att fantisera: är det inte en i alla avseenden rationell, förnuftig och inte minst modern lösning (om den svenska moderniteten talar inte minst statsminister Göran Persson gärna) att låta politik och marknad finna en ny balanspunkt? Att inom demokratins ram verkligen ta vara på kraften i det privata initiativet och hos den lagom reglerade marknaden?

Är det fel att låta vården produceras i former som återger medarbetarna arbetsglädje och entusiasm? Inte hade väl Gustav Möller velat misshushålla med den viktigaste produktivkraften?

Per Albin-linje?

De folkvalda politikerna anger inriktningen. Privata entreprenörer levererar resultatet. Och patienter och välfärdsconsumenterna kan utöva det konsumenttryck som har visat sig så effektivt för att tvinga fram kvalitet och service på andra marknader . . .

Är detta den nya välfärdspolitikens Per Albin-linje?

Är Ralph Ledel i verkligheten mannen som bjuder in socialdemokraterna till en historisk kompromiss; "släpp kravet på politisk dirigism och offentligt produktionsmonopol så godtar vi den solidariska finansieringen"?

Om vi fantiserar vidare: för en i huvudstadsregionen trängd socialdemokrati skulle detta kunna vara en välkommen chans att bryta sig ur det väljarna uppenbarligen ser som gammaldags negativism. En möjlighet att få återuppliva den ursprungliga socialdemokratiska diskussionen: för vem och med vilket resultat? snarare än vem som får göra vad.

Ny ekonomi – ny vård

Kanske ser vi hur "den nya sjukvården" tar form i huvudstadsregionen, som en logisk konsekvens av den nya ekonomins värderingar? Ty innebär inte detta redan slitna begrepp att kunden (patienten) skall stå i fokus, att många

producenter (vårdgivare) formar nätverk (vårdkedjor) som skall leverera mer-värde för kunden (hälsa, välbefinnande)?

Allt talar för att endast den sjukvård som grundligt reformeras utifrån dessa principer, kommer att kunna motsvara storstadsmänniskans växande krav.

Glöm ransonering, bortprioritering och väntetider. Vården är till för mig. Beslutsunderlag skall finnas på Internet. Räcker inte de offentliga resurserna är jag beredd att själv investera i min hälsa och mitt välbefinnande, i konkurrens med konsumtion av semesterresor, mobiltelefoner och ny bil.

Nytt näringsliv

I storstadsregionerna finns också utrymme för en industriell aspekt på vårdsektorn. Här kan de kritiska massor uppstå av läkemedelsindustri, biokemi, sjukvårdsteknik och vårdproducenter, vilka krävs för att kreativa synergier skall uppkomma.

Health care är ett av de utvecklingsblock som av statsmakterna anses vara värt att satsa på i Storstockholm. Med en tillväxt på ett par hundra vårdföretag de närmaste åren blir detta slags välfärdsmarknad alltmer livskraftig.

Ingen branschutveckling utan kunder. Här finner kreativa producenter sin marknad. Möte uppstår mellan säljare och köpare. Redan den gamla ekonomin lärde oss: monopol föder inga idéer och väldigt lite välstånd . . .

Svensk spetskompetens

Den nya näringspolitiken innebär att statsmakterna försöker underlätta framväxten av konkurrenskraftiga svenska näringsgrenar snarare än att vidmakthålla de gamla. "Välfärdsnäringsen" är utan tvekan en sådan, vid sidan av till exempel underhållningsindustrin. Men är det troligt att denna nya näringsgren (med en "omsättning" redan i år på 250 miljarder kronor) kan nå internationell slagkraft om dess stora kunder arbetar och tänker i monopol-lösningar?

Bör inte mångfald och marknad också i det slutliga ledet, framme vid kund/patient, gagna utvecklingen?

Kan inte detta slags reform- och moderniseringskoncept inom sjukvården vara en ännu intressantare exportprodukt än urinseparatorade toaletter eller rollatorer?

Lämna 1800-talet

Med tanke på vad vi här resonerat om; finns det utrymme för en samsyn där man, för att citera en intervjuad sjukvårdspolitiker (s), lämnar 1800-talets ideologiska trätor och skapar en gemensam värdegrund, med sikte på att lösa medborgaren/patientens problem?

Detta tål att tänka på. *Sjukvård i förändring* kommer att vilja diskutera möjligheten att bryta politiska låsningar kring framtidens sjukvård. Aldrig har förutsättningarna för att tänka och handla nytt varit så god som i dagens huvudstadsregion.

Vi summerar från föregående kapitel ett antal knäckfrågor, som kan bli avgörande för hur den vitklädda revolutionen i Stockholms läns landsting skall uttolkas.

Det kan finnas anledning att här upprepa dem; de blir en bas för CVV-projektet när vi de närmaste åren skall följa och analysera förändringsprocessen:

- **Är konkurrensutsättningen av sjukvården bara ytterligare en i raden av doktriner som försöker styra sjukvården i SLL? Eller markerar detta "slutet på politiken"?**
- **Vad blir kvar av förtroendemannarollen när allt starkare vårdkonsumenter och välfärdsmarknader tar för sig?**
- **Hur kommer landstingspolitikerna om några år att se på sina visioner? Tycks de vara på väg att förverkligas – eller hotar besvikelsen runt hörnet?**

- Vilket utrymme för och behov av politiska visioner kommer att finnas när medborgaren/vårdkonsumenten själv får stora möjligheter att påverka sjukvården?
- Kommer det att visa sig möjligt att i offentlig upphandling balansera sjukvårdspolitikens talrika målkonflikter?
- Kommer upphandlingen av akutsjukvård verkligen att förändra – eller tillåtas förändra – strukturer och marknadsandelar mellan dagens sjukhus?
- Kommer landstingets upphandling och vårdavtal att kunna ta tillvara entreprenörernas nytänkande och engagemang?
- Kommer det att om några år att vara lika vedertaget att arbeta som vårdentreprenör som landstingsanställd?
- Blev det bättre för den som söker och får sjukvård?
- Vilka möjligheter har storstockholmaren att som patient/vårdkonsument påverka sin sjukvård? Vill vårdapparaten fortfarande "styra" eller anförtros medborgaren självstyre?