

Alternativa vårdformer

-fördelar och farhågor ur ett patientperspektiv

Handelshögskolan vid
Göteborgs Universitet
Juridiska Institutionen
Tillämparuppsats 20 p
Medicinsk rätt
VT 2001

Eva Hedström

Handledare
Lotta Vahlne-Westerhäll

1. Innehållsförteckning

| | |
|--|--------|
| 1. Innehållsförteckning | sid. 2 |
| 2. Inledning | 5 |
| 2.1. Problemformulering | 5 |
| 2.2. Syfte | 6 |
| 2.3. Avgränsning | 6 |
| 2.4. Material och metod | 7 |
| 2.5. Disposition | 7 |
| 3. Sjukvård är politik | 8 |
| 4. Sjukvården i Sverige | 9 |
| 4.1. Historik | 9 |
| 4.2. Behövdes ett systemskifte? | 10 |
| 4.2.1. Patientöverflöd och personalbrist | 10 |
| 4.2.2. Morgondagens vårdkonsument | 12 |
| 5. Alternativa driftformer | 14 |
| 5.1. Definition av alternativa driftformer | 14 |
| 5.2. Nationell överblick | 15 |
| 5.3. Beställar – utförar modellen | 17 |
| 5.4. Stockholmsmodellen | 19 |
| 5.4.1. Organisation | 19 |
| 5.4.2. DRG prissättning | 20 |
| 5.4.3. Effekter utav Stockholmsmodellen | 21 |
| 6. Privat vård och privata vårdförsäkringar | 24 |
| 6.1. Privat sjukvård | 24 |
| 6.2. Privata sjukvårdsförsäkringar | 27 |

| | |
|---|----|
| 7. Rättslig reglering | 30 |
| 7.1. Alternativt kontra offentligt driven vård..... | 30 |
| 7.2. Patienträttigheter..... | 31 |
| 7.3. God hälsa och vård på lika villkor..... | 33 |
| 7.4. Etiska principer..... | 34 |
| 7.5. Övrigt patientskydd..... | 35 |
| 7.6. Relevant EG-rättslig lagstiftning..... | 37 |
| 7.7. Framtida riktlinjer och ny lagstiftning..... | 38 |
| 7.7.1. Alternativa former uppmuntras..... | 38 |
| 7.7.2. Inskränkningar i driftformerna..... | 40 |
| 8. Internationell utblick | 42 |
| 8.1. Allmän orientering..... | 42 |
| 8.2. Det amerikanska sjukvårdssystemet..... | 44 |
| 8.3. Sjukvårdssystemet i Storbritannien..... | 47 |
| 8.4. Fler intressanta internationella exempel..... | 48 |
| 9. Undersökning med hjälp av HSAN:s beslut | 50 |
| 9.1. Brist på vissa fakta..... | 50 |
| 9.2. Problem vid informationssökning..... | 51 |
| 9.3. Tillvägagångssätt..... | 52 |
| 9.4. Resultat av undersökningen..... | 54 |
| 9.4.1. Informationsavvikelser..... | 54 |
| 9.4.2. Resultat av samtliga beslut med disciplinpåföljd..... | 54 |
| 10. Redovisning av statistik ifrån Socialstyrelsen | 57 |
| 10.1. Intressanta fakta bidrar till helheten..... | 57 |
| 10.2. Anmälningsbenägenheten ökar..... | 58 |

| | |
|---|----|
| 11. Patientnämnsenkät | 60 |
| 11.1. Anledningen att vända sig till Patientnämnderna | 60 |
| 11.2. Enkätens genomförande | 61 |
| 11.3. Resultat..... | 63 |
| 12. Alternativa vårdformers andel av hälso- och sjukvården | 67 |
| 13. Sammanfattning och analys | 69 |
| 14. Slutord | 72 |
| 15. Källförteckning | 74 |
| 15.1. Offentligt tryck | 74 |
| 15.2. Litteratur | 74 |
| 15.3. Artiklar | 75 |
| 15.4. Övriga källor..... | 76 |

Tabeller

| | |
|--|----|
| 1. Åldersfördelning av vårdpersonal inom landstingen..... | 11 |
| 2. Kombinationsmöjligheter mellan privat och offentlig vårdproduktion och finansiering..... | 25 |
| 3. Huvudsaklig finansiering och vårdgivarform i ett urval länder | 43 |
| 4. Fördelar och farhågor i offentliga och alternativa vårdformer..... | 70 |

Diagram

| | |
|--|----|
| 1. Nationell fördelning av disciplinpåföljder hos offentliga och alternativa vårdgivare | 55 |
| 2. Fördelning av disciplinpåföljder hos offentliga och alternativa vårdgivare i SLL..... | 56 |

2. Inledning

2.1. Problemformulering

Den svenska hälso- och sjukvården har genomgått mycket stora förändringar under 1990-talet och in i början av 2000-talet. Den svenska sjukhusmodellen, trygg och offentligt driven, fick sig en kraftig törn. Innebar tryggheten också en tröghet och en brist på framåtanda? Var de långa vårdköerna ett facit av rådande system? Ja, så löd tongångarna och så resonerade nog många människor. Förändringarnas vind blåste och med den kom privata akutsjukhus, äldreboenden på entreprenad, personalkooperativ, privata vårdförsäkringar, beställare och utförare. Patienten övergick till att bli en vårdkonsument och den som utförde vården en vårdproducent. Det nya, flexibla Vårdsverige skulle bli mer serviceinriktat och allt gå i valfrihetens tecken. Personalen skulle trivas bättre och vårdkvaliteten bibehållas till en lägre kostnad. Frågan är vad facit har blivit hitintills? Klart är att vårdköerna initialt minskade, om än de nu på vissa områden ökar igen. Många landsting har infört ett stort mått valfrihet. Patienterna får lov att välja vårdgivare inom det egna landstinget. Det går förvisso att ifrågasätta valfriheten för de människor som inte bor i en större kommun, eller i ett glesbefolkat landsting. Är det valfrihet att få åka 20 mil extra för att uppsöka en annan vårdgivare än den närmsta? Ja, kanske.

Samtidigt pågår en markant ökning i utbudet av såväl privata vårdtjänster som privata vårdförsäkringar. Kön till en starroperation kan försvinna raskt för den som äger 10.000 kronor. ”Vem läser på julklapparna i år?” frågar sig privatläkaren i annonsen¹ och upplyser vidare om att ”vi opererar mormors grå starr – före jul”. Ifrån offentligt läkarhåll höjs röster för att införa ett moratorium för vidare privatisering tills konsekvenserna av det nya marknadstänkandet utvärderats.² Självfallet varken kan eller bör man förbjuda att människor betalar för de tjänster de vill köpa. Problemet är ett annat. I förlängningen är risken att kvaliteten på den offentliga vården tunnas ut. Det vårdutbud som skall erbjudas alla behöver kanske inte vara så heltäckande när många ändå ser över sin egen situation? Privata vårdförsäkringar håller på att övergå från att vara en smidig lösning för företagsledare, till en löneförmån för relativt sett många människor. Vart leder den utvecklingen?

¹ Göteborgs-Posten Nov. 1999

² Dagens Medicin 2000-04-04, läkarna Bengt och Johannes Järhult

Problemet när man läser om alternativen till en offentligt driven hälso- och sjukvård är att det finns få konkreta svar på frågan *hur* vården egentligen förändrats sedan alternativa driftsformer infördes och andra vårdlösningar ökade på allvar. Givetvis är det också relevant att ställa sig frågan vad det är man eftersträvar. Det är självklart viktigt att såväl patient som personal trivs, att en patient faktiskt kan garanteras vård inom en viss tidsgräns och kanske också välja vårdgivare. Ändå är kanske det allra viktigaste att det sammantaget är en kvalitativ vård som erbjuds. Grunden för den svenska hälso- och sjukvården är, lite förenklat, att erbjuda en *god vård på lika villkor*³ för alla människor. Det är med den frasen i ryggmärgen jag angripit alla dessa frågor, och det är på sätt och vis där allting till syvende och sist hamnar. Vilka är för- respektive nackdelarna för patienten i de olika systemen, men viktigast av allt - innebär alla dessa förändringar och även stora planer på förändringar att den svenska befolkningen ges en *god vård på lika villkor*?

2.2. Syfte

Syftet med detta arbete är dels att beskriva de olika alternativ som finns till en offentligt finansierad och producerad vård, bl. a. genom att visa på såväl för- som nackdelar ur ett patientperspektiv. Vidare är syftet att söka knyta an dessa teorier och modeller till verkligheten, genom empiriska undersökningar. Slutmålet är så att kunna ge en indikation på huruvida de alternativa vårdmodellerna uppfyller kraven på *god vård på lika villkor* eller ej.

2.3. Avgränsning

Ämnesområdet jag har valt är oerhört stort och komplext och samtidigt mycket intressant. Jag har varit tvungen att hantera vissa områden mer översiktligt, eftersom flera av dem i sig kunde utgjort uppsatsämnen. Jag har sett det som viktigt för helheten att trots allt nämna dem, med förhoppningen att en intresserad läsare själv går vidare i informationssökningen. Trots att äldreomsorgen ligger mig personligen varmt om hjärtat, har jag sett mig nödd att inte gå in på det området mer än mycket överskådligt och förenklat. Förklaringen är helt enkelt att området är alltför omfattande och att skynda igenom ämnet skulle inte varit att göra det rättvisa.

³ Målet med den svenska hälso- och sjukvården enligt 2§ HSL.

2.4. Material och metod

I mitt arbete har jag huvudsakligen använt mig av sedvanlig juridisk metod. Jag har studerat förarbeten, offentliga utredningar, juridisk doktrin, fackpress och litteratur. Då brist råder på litteratur vilken täcker den specifika frågeställningen i detta arbete, har jag fått vidga cirkelarna i sökandet efter information. Således har jag sökt mig till såväl det juridiska, det rent ekonomiska, det medicinska, som det hälsoekonomiska området. Vidare har jag tagit del av åtskilliga av Socialstyrelsens dokument, bl. a. statistiska årsböcker. Jag har även personligen besökt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd i Stockholm för att försöka skapa mig en uppfattning om hur stor andel av besluten som härrör sig till alternativa driftformer, respektive offentligt producerad vård. Slutligen har jag varit i kontakt med samtliga landstings patientnämnder via e-post, bl. a. för att söka en korrekt uppfattning över omfattningen av den alternativa vården samt förhöra mig om hur tongångarna lyder hos nämnderna, vilka arbetar nära såväl patienter som personal. Nämnas bör att många av de personer jag kommit i kontakt med under arbetets gång varit mycket behjälpliga. Inte minst gäller det vissa av patientnämnderna, vilka bidragit med intressant material.

2.5. Disposition

För att underlätta läsningen och förståelsen av detta arbete krävs en översiktlig beskrivning. Arbetets inledande delar ger en lägesrapport över rådande svenska förhållanden, såväl historiskt som nutida. Exempel ges på alternativa driftformer. Avsnitt sju kan sägas sammanfatta arbetets första del, med en redogörelse för relevant lagstiftning och aktuella bestämmelser. Vidare ges i avsnitt åtta en inblick i internationella sjukvårdssystem, viktiga inte minst att ta lärdom av på områden där vi i Sverige fortfarande är noviser. Detta avsnitt avslutar också den mer deskriptiva delen av arbetet. Följande avsnitt består av empiriska undersökningar, dels hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samt hos patientnämnderna. I denna del av arbetet redovisas vidare också statistisk ifrån bl.a. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet för att söka fastställa alternativa driftformers andel av den totala hälso- och sjukvården. Slutligen ges en lättöverskådlig bild över de alternativa driftformernas fördelar och farhågor ur ett patientperspektiv. Arbetet och dess slutsatser sammanfattas så till sist i en analys.

3. Sjukvård är politik

När man studerar problematiken kring sjukvården och dess uppläggning står det ganska snart klart att det handlar mycket om *politik* och inte *juridik*. Självfallet är det ju så att lagar stiftas genom politiskt arbete, men sällan framgår det så tydligt som i sjukvårdsfrågorna vilken stor betydelse de bakomliggande politiska ideologierna har. Ena sidan propagerar kraftfullt för valfrihet och konkurrensutsättning och den andra för statlig stabilitet och trygghet. Eftersom sjukvården faktiskt angår, eller sedermera kommer att angå oss alla, är den ett tacksamt och hett debattämne. Nu är det inte så ensidigt och enkelt att en viss politisk inriktning helt avvisar ex. konkurrensutsättning. Tvärtom är snarare fallet så att den politiska kåren i landet är relativt enig om att något slags systemskifte var, och är positivt. Skillnaden består framför allt i att vissa beslutsfattare är för snabba och genomgripande förändringar, medan andra förändrar rådande system något långsammare.

Vad innebär det då att diskussionerna om sjukvården i så stor utsträckning färgas av den politiska debatten? Ja, dels betyder det att man som läsare av debattinlägg och litteratur måste vara extra kritisk och ta viss hänsyn till vad källan till uppgifterna är. Politiska åsikter lyser igenom många argument och ibland ter det sig det som om diskussioner övergår till rena principfrågor snarare än konkreta patientfrågor. Framför allt innebär det politiska inflytandet dock att eftersom vi i Sverige har kommunalt självstyre över äldrevården och landsting som administrerar sjukvården i respektive område, uppstår en mängd olika vägar att gå i vården. Förvisso är det så att staten ger de grundläggande riktlinjerna, anger mål och ger ramar för sjukvården. Det finns åtskillig lagstiftning som sätter gränser. Likväl blir friheten för landsting och kommuner stor. Innebörden har blivit att vissa landsting och kommuner har avancerat snabbt i omorganisationer. Sjukhus har sålts och praktiskt taget all vård gjorts möjlig att läggas ut på entreprenad, främst i storstadsregionerna. I kontrast till detta finns andra delar av landet där man väljer att inte gå lika långt. Det finns därmed ingen generell bild för hur vårdutbudet ser ut och vart utvecklingen egentligen är på väg. Kontentan för den enskilde blir sålunda att en enhetlig tillämpning saknas, vilket ur patientsynpunkt kan vara förvirrande.

4. Sjukvården i Sverige

4.1. Historik

Vården i Sverige har genomgått stora förändringar under åren. Efter andra världskrigets slut skedde en väldig expansion av såväl vårdenheter och kostnader, som anställda. Sverige gick, under därpå följande årtionden, i främsta ledet för en högkvalitativ sjukvård som skulle vara offentligt finansierad och tillgänglig för alla. Riktigt så hade fallet inte varit tidigare. Det fanns exempelvis inte någon reglering av huruvida privatpatienter fick företräde i den offentliga vården eller ej, något som sedermera ändrades genom den s.k. sjukvårdsreformen 1970.⁴ Detta expansiva skede i historien innebar att personal utbildades i stora mängder och de offentliga resurserna för hälso- och sjukvården sjudubblades från 1955 till 1980.⁵ Det var egentligen först i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet, som kritiken mot rådande sjukvårdssystem på allvar började växa. Det var då som resultatet av den svaga ekonomin i samhället blev uppenbar även inom sjukvården.⁶ Kraven på att vården måste bli effektivare höjdes i takt med att vårdköernas längd ökade och kritik framfördes vidare att patienterna hade en alltför svag ställning i systemet.⁷ Undersökningar visade att medborgaren i allmänhet upplevde att vården som gavs var av god kvalitet men att patienten själv hade ett litet inflytande i sjukvården.⁸ Enkelt uttryckt var det så att avståndet mellan patientens förväntning på sjukvården, och det som sjukvården med sina begränsade resurser kunde prestera, växte.⁹ En statlig utredning för att söka komma tillrätta med problemen tillsattes 1992. Utredningen fick namnet Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), och hade till uppgift att reda ut vårdens behov i ett tioårsperspektiv. Uppdraget bestod bl. a. i att se över formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården. Kommitténs arbete har sedermera lett till ett antal offentliga utredningar, av vilka flera kommer att nämnas i detta arbete.

⁴ Dahlgren, Framtidens sjukvårdsmarknader, s. 223

⁵ Prop. 1999/2000:140 s. 116

⁶ SOU 1999:66 s. 233

⁷ Prop. 1994/95:195

⁸ Arvidsson/Jönsson, Valfrihet och konkurrens i sjukvården, s.9

⁹ SOU 1999:66 s.234

4.2. Behövdes ett systemskifte?

4.2.1. Patientöverflöd och personalbrist

Ett av problemen som förelåg inför debatten om behovet av ändrade rutiner i sjukvården var landstingens till synes något oklara roll.¹⁰ Att landstingen agerar såväl som finansiär som producent av vården kan självfallet skapa motsättningar. Betänker vi dessutom att landstingen skall företräda även patienten är det inte svårt att se den oklara roll som uppstår. Det är självfallet mycket viktigt att vi som potentiella vårdkonsumenter kan lita på att inte enbart ekonomin styr, utan att det i grund och botten finns en tanke om vårt väl och ve. Den krassa ekonomiska verkligheten kan sätta ramarna, men grundtanken om en *god vård på lika villkor* för alla skall stå fast. Från internationellt håll framfördes kritik mot den svenska sjukvården. Kvaliteten inom vården var på det stora hela god, men det rådde faktisk brist på lyhördhet för vårdkonsumenternas/patienternas önskemål.¹¹ En av författarna till boken i vilken nämnda kritik framkom uttryckte patientens underläge gentemot vårdgivaren med: ”klienter viskar medan vårdgivare vrålar¹²”. Samma internationella kritiker ansåg förvisso att eftersom vården i stort sett var avgiftsfri, vore det orimligt att gå med på minsta begäran en patient kunde ha.¹³ Min personliga åsikt, vilken måhända inte är relevant just här, är att patienten mycket väl kan givas stort inflytande eftersom vården ändå huvudsakligen finansieras skattevägen.

Vidare föreligger ett stort och växande problem med personalförsörjningen. Problemet fanns redan för tio år sedan men det kommer att accelerera kraftigt i framtiden. Arbetskraftsbristen är ett nationellt problem som heller inte enbart rör sjukvården. Vården får inte det personaltillskott som skulle behövas för att täcka avgångarna. Enkelt uttryckt blir befolkningen allt äldre och kräver följaktligen mer vård totalt sett. Den medicinska utvecklingen gör framsteg så att man i dag kan bota flera tidigare direkt dödliga sjukdomar. Det är däremot inte främst vården för de riktigt gamla som utgör ett problem. Vård av patienter i livets absoluta slutskede utgör cirka tio procent av de totala sjukvårdskostnaderna.¹⁴

¹⁰ Bengtsson m. fl., Etik och ekonomi i vården, s. 98

¹¹ Culyer, Svensk sjukvård bäst i världen?, s. 23

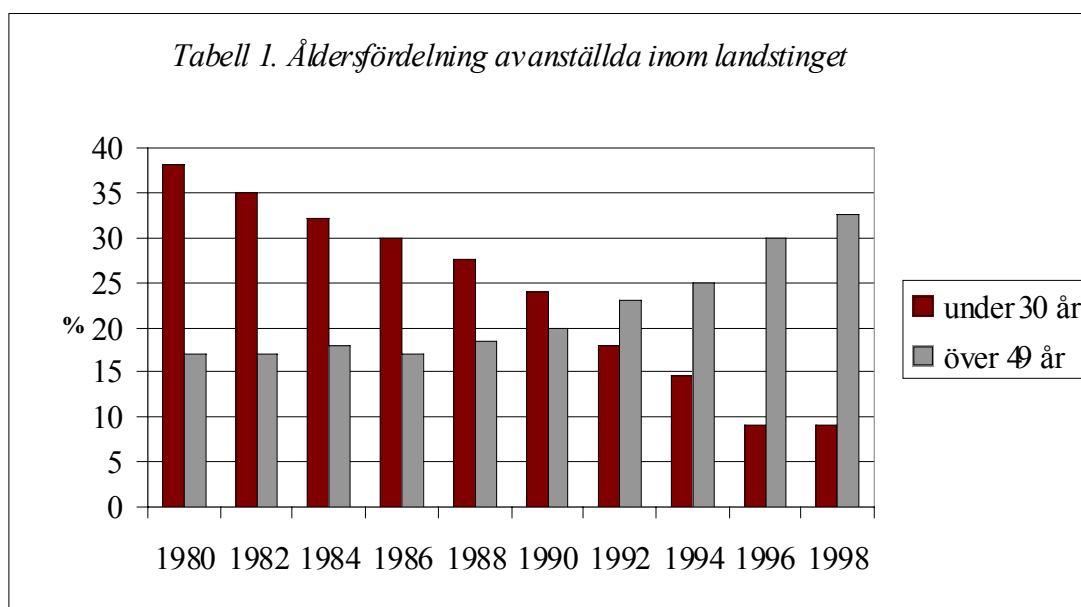
¹² Culyer, Svensk sjukvård bäst i världen?, s. 22

¹³ Culyer, Svensk sjukvård bäst i världen?, s. 183

¹⁴ Sjukvården i Sverige 1998, s.301

Andra uppgifter visar att 25 procent av den enskilda människans vårdbehov uppkommer under det sista levnadsåret.¹⁵ Denna vård kostar och kräver så att säga samma resurser oavsett patientens ålder. Det är snarare alla åkommor under livets gång som gör att behoven ökar. I takt med att allt fler människor upplever höga åldrar kommer de troligen på vägen dit att behöva såväl starroperationer, som åtgärder för höftproblem och möjligen också hjärtkirurgi. Starr- och höftoperationer visar redan nu på många håll upp långa köer och det finns överhängande risk att dessa ökar, om inte åtgärder sätts in. Prognoser visar att år 2030 kommer antalet personer över 80 år uppgå till 750 000, en ökning med ca två tredjedelar jämfört med dagens siffror.¹⁶ Parallellt med ovan nämnda utveckling är det också ett faktum att det föds allt färre barn i Sverige. Tillförseln av framtida potentiell arbetskraft minskar således. Dessutom är det redan i dag många människor som pensionerar sig före 65 års ålder vilket ter sig som en ihållande trend. Kontentan blir att allt färre skall sörja för allt fler. Sjukvården har redan i dag svårigheter att locka till sig ungdomar. Vetskapen om att arbetsbelastningen beräknas öka än mer framöver hjälper knappast upp situationen.

Likt diagrammet nedan, hämtat ifrån Statistisk årsbok för Landsting 2000 visar, är utvecklingen minst sagt alarmerande (notera dock att ca nio procent utgörs av anställda vilka inte arbetar inom sjukvården). Det ter sig helt uppenbart att det existerar ett stort behov av att rekrytera personal till sjukvården.



¹⁵ SOU 1993:38, s. 30

¹⁶ LU 1999/2000 s. 7 Noteras kan att SCBs prognoser historiskt sett tenderar att ligga rejält i underkant. Det är med denna bakgrund sålunda högst troligt att antalet blir än högre.

I debatten hörs ofta att personalen tas bättre tillvara i den privata vården samt att lönerna och medinflytandet ökar, vilket kan locka fler unga människor in i de olika vårdyrkena. Även ifrån offentlig sida medges på sina håll att personalen ofta ges en större självständighet i alternativa vårdformer, såsom personalkooperativ eller privata vårdgivare.¹⁷ Det kan självfallet finnas andra vägar att öka intresset för sjukvårdsyrket, även om valet blir att den offentliga vården bör behållas såsom en bas för den nationella hälso- och sjukvården. Det finns exempel i den offentliga vården där personalen givits utökade möjligheter att själva bestämma över sin arbetssituation, vilket varit positivt och förmått befintlig personal att stanna i verksamheten, vilket i sig kan vara nog så svårt i dagens pressade situation.

I Långtidsutredningen kommenterar man det samhällseliga problemet på följande sätt: ”Möjligheten att tillgodose äldrebefolkningens behov av vård och omsorg beror i slutändan på vilka resurser som samhället kommer att kunna ställa till förfogande för detta ändamål. Drastiskt uttryckt kan man säga att vi har de vårdbehov vi har råd till.¹⁸” Sammanlagt kan sålunda sägas att det föreligger vissa problem för sjukvården och att åtgärder på många håll bör vidtas. En väg att gå är att helt omorganisera sjukvården, vilket också är vad som sker i relativt stor utsträckning.

4.2.2. Morgondagens vårdkonsument

Framtidens vårdkonsument ser annorlunda ut än han eller hon gjort hitintills. Fram tills idag har gamla människor, vilka är i behov av mest sjukvård, inte ställt alltför många krav. Patienter idag, som är 80-90 år gamla, växte många gånger upp under påvra förhållanden och har genom livet lärt sig hantera allehanda motgångar. Den här sortens patient är, mycket förenklat, nöjd och tacksam för den vård som ges. Annorlunda kommer det att bli när den generation född på 40-talet, eller för den delen de som är unga idag, träder in i sjukvården. Samhället i dag är ett helt annat än bara för 20-30 år sedan. Det råder snarare överflöd på information än brist på densamma. Snart sagt de flesta människor i medelåldern och därunder har, eller kommer inom snar framtid att ha, tillgång till Internet och alla informationsmöjligheter det erbjuder. Dagens patient kan informationsvägen undersöka de olika vårdalternativ som erbjuds och välja det som är mest tilltalande.

¹⁷ Prop 1996/97:123, s.20

¹⁸ LU 1999/2000 s. 10

Det är sålunda inte realistiskt att tro att morgondagens vårdkonsument finner sig i att enbart ett vårdalternativ erbjuds. Patienten kommer att hålla sig informerad om såväl alternativa vårdgivare, behandlingsalternativ som särskilda boendeformer eller vad det än må gälla. Den framtida patientens utveckling har uppmärksamats även ifrån offentligt håll och därifrån konstateras också att situationen kommer att bli allt mer komplex.¹⁹

Som jag ser det är det vidare fullt plausibelt att framtidens patient även vill veta vilken standard sjukvårdspersonalen håller. Huruvida tilltänkte kirurgen har anklagats för många felbehandlingar, eller vilken utbildningsnivå övrig personal har, är frågeställningar som kan få betydelse vid val av vårdgivare. I dagsläget finns små möjligheter för en patient att få inblick i sjukvården vad gäller dessa frågor. I doktrinen efterlyses medicinska resultaträkningar och det sägs att det i vissa fall framstår som om det finns ett aktivt informationsförbud gentemot patienten.²⁰ I USA publiceras årliga listor på sjukhusens resultat bl. a. i form av antal utförda operationer och komplikationer under de samma. Det finns t.o.m. klara besked över på vilken klinik dödsrisken är högst vid hjärtoperationer. Mindre kontroversiell statistik återges i publikationer över patienternas egna favoritvårdinrättningar vad gäller personal och omvårdnad. Det är mycket möjligt, för att inte säga högst sannolikt, att dylika krav kommer att väckas även i Sverige inom en inte alltför lång framtid, i takt med att patienternas medvetenhet ökar.

Undersökningar har gjorts angående aktiva och passiva vårdkonsumenter, vilket återges av Borgenhammar och Fallberg i ”Våga vara vårdkonsument – vägar till medvetenhet”. En aktiv patient beskrivs där som en person som diskuterar med vårdpersonalen, ställer krav, söker information om sin sjukdomsbild och även byter såväl läkare som sjukhus om personen är missnöjd. Undersökningen gjordes 1988 och där fann man att andelen aktiva patienter uppgick till mellan fem och åtta procent.²¹ Det intressanta var att man förutspådde andelen aktiva patienter idag år 2000, uppgå till 20-25 procent av totala antalet patienter. Intressant, om än kanske inte överraskande, var också att det var de yngre patienterna som var mest aktiva. I ålderskategorin 20-39 år sade 87 procent av de tillfrågade att de aktivt ville delta i beslut rörande den egna vården och behandlingen.

¹⁹ SOU 1997:154 s. 74f

²⁰ Dahlgren, Framtidens sjukvårdsmarknader, s.193

²¹ Borgenhammar & Fallberg, Våga vara vårdkonsument, s. 66

Bland de över 60 år var andelen 51 procent. Det är som jag ser det, mycket troligt att en framtida välinformerad patient också kommer att vara en aktiv patient.

5. Alternativa driftformer

5.1. Definition av alternativa driftformer

Det är för den fortsatta förståelsen viktigt att klargöra vad som avses med alternativa driftformer. I debatten blandas olika begrepp lätt samman. Vad som komplicerar det hela är också att det egentligen inte finns en rådande klar definition som är allmänt vedertagen. Ifrån offentligt håll torde definitionen oftast vara samtliga vårdgivare vilka finansiellt sett har en anknytning till landsting eller kommun, d.v.s. verksamheter vilka skulle kunna drivas i förvaltningsform, men som lämnats över till annan vårdproducent.²² Oftast bortses sålunda ifrån den helt privata vården, vilket jag dock valt att inte göra i denna framställning. Även om den helt privata vården i dag utgör en mindre del av sjukvårdsproduktionen, ökar den stadigt och är därför intressant att ha med i diskussionen. Sett ur patientsynpunkt kan även privata vårdgivare som bekostas av patienten själv utgöra ett alternativ.

Gällande definition för detta arbete blir således *alla* alternativa vårdformer, oavsett finansierings- eller produktionsform. Sålunda innefattar jag såväl vård som tillhandahålls av privata vårdgivare, personalkooperativ, stiftelser och vård som bedrivs på entreprenad, med det allmänna som huvudman. Det är viktigt att poängtera att landstingen har ansvaret även då vård är utlagd på entreprenad. Förhållandet har uttryckts som sådant: ”Gemensamt för samtliga alternativa driftformer är att det allmänna har ett obligatoriskt eller förväntat ansvar för verksamheten som sådan²³”. (Notera här att det inte gäller helt privat vård). Utgångspunkten för den ”icke alternativa” vården ser jag sålunda ur ett nationellt perspektiv där såväl landsting som kommuner innefattas, d.v.s. all offentlig vård vilken såväl finansieras som produceras offentligt. Det är också dessa vårdformer som legat till grund vid utformningen av gällande lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet, även om den privata vården nu omfattas av större delen av lagstiftningen (se nedan avsnitt 7).

²² SOU 1999:149, s.19

²³ Prop. 1999/2000:140, s. 107

Sett ur ett strikt patientperspektiv torde det för de allra flesta vara egalt vem som utför vården, så länge det sker på ett korrekt sätt. Möjligen kan det finnas politiska eller religiösa uppfattningar vilka bidrar till att en person motsätter sig vissa vårdformer. Satt i en situation av akut vårdbehov bleknar möjligen patientens forna övertygelse. För en vårdsökande kan alla vårdformer som leder till bot och lindring komma ifråga. Det är också anledningen, enligt mitt förmenande, till att *samtliga* vårdformer bör innefattas. Såväl traditionell offentlig vård som offentligt finansierade alternativa former, samt även helt privata vårdformer bör skådas i ljuset av lagstiftning och med patientens bästa för ögonen.

5.2. Nationell överblick

Den svenska sjukvården administreras idag utifrån landstingen. Det finns även två regioner, Västra Götalandsregionen och Region Skåne vilka är en sammanslagning av flera landsting. Gotland är numer den enda landstingsfria kommunen i landet och ansvarar själva för vården i området. Äldrevården handhas sedan Ädelreformens genomförande 1 januari 1992 utav kommunerna. Ädelreformen innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för all omsorg och service till äldre. Vad sjukvården beträffar gavs kommunerna ansvar upp till läkarnivå. Sålunda ansvarar landstinget för läkarvården ex. i de särskilda boendeformerna för äldre i kommunerna. Ädelreformen har bidragit till att själva vårdtiderna för patienterna förkortats. Innan reformens genomförande fanns stora problem med att ex. äldre patienter tog upp vårdplatser på sjukhusen, trots att de inte behövde sådan vård. I dagsläget övergår ansvaret för patienten från landstinget till kommunen när patienten är ”medicinskt färdigbehandlad”. Det i sig har medfört nya bekymmer. Landstingen är måna om att få lediga platser i den slutna vården och att kommunerna tar över det ekonomiska ansvaret för patienten när så är möjligt. Kommunerna är då skyldiga att ordna en plats åt patienten i ex. en särskild boendeform, vilket kan vara nog så besvärligt om inga platser finns. Systemet ställer stora krav på gott samarbete mellan vårdleden för att fungera på ett tillfredsställande sätt.

Den nationella vården är till allra största delen skattefinansierad. Även om vården är offentligt finansierad kan den utföras av privata vårdgivare, vårdkooperativ eller dylikt. Landstingen har möjlighet att lägga ut vården på entreprenad. Krav ställs på den önskade vården och därefter köps vården in av den vårdgivare vilken ter sig mest lämpad för uppdraget.

Allt mer vanligt blir också att landstingen startar egna bolag, vilka konkurrerar med övriga aktörer på sjukvårdsmarknaden. Sentida exempel är Huddinge samt Danderyds sjukhus, vilka fr.o.m. 1 April 2000 drivs som fristående aktiebolag, om än helägda av Stockholms läns landsting.²⁴ Det är i det stora hela ändå den offentliga vården som klart dominerar. Det är svårt att få en klar bild över den privata vårdens omfattning. En siffra som nämnts i debatten är att all privat verksamhet utgör ca tre procent av budgeten för hela vården.²⁵ I den slutna vården, d.v.s. vård som kräver intagning i vårdinrättning (5§ HSL) finns ett mindre antal privata exempel. Det mest kända, och mest omstridda, exemplet är kanske St Görans akutsjukhus i Stockholm där även Sophiahemmet återfinns. Ytterligare några exempel inom den slutna vården där vinstsyftet klart framgår är Carlanderska sjukhemmet samt Lundby sjukhus i Göteborg. Lundby sjukhus ägs av Capio, fd. Bure Hälsa- och sjukvård AB. Sjukhuset får till största delen sitt uppdrag ifrån landstinget i Västra Götalands regionen. På Lundby sjukhus ges enligt uppgift enbart fem procent av den producerade vården till patienter med annan finansiering än den offentliga. Det senaste exemplet på ett privat drivet sjukhus är Simrishamns sjukhus i Region Skåne som hösten 2000 övergick till att drivas av Praktikertjänst.²⁶ Det finns ett antal sjukhus vilka drivs av ideella organisationer, bl. a. Röda Korsets sjukhus vilket drivs i stiftelseform, Spenshults, Vidarkliniken, Stockholms Sjukhem samt Ersta sjukhus, även det i Stockholm.

I öppenvården (se definition 5§ HSL) är inslaget av privata aktörer betydligt större än i den slutna vården. Privat öppenvård kan vara allt ifrån privata läkarmottagningar och distriktsläkare till barnmorskemottagningar. För de verksamheter som finansieras med offentliga medel måste s.k. samverkansavtal, eller vårdavtal, finnas med kommun eller landsting. Har en privat vårdgivare tecknat avtal, kan sålunda patienten söka sig till den privata vården likaväl som till den offentligt producerade. Det är viktigt att notera att landstingen och kommunerna, såsom sjukvårdshuvudmän, har ett planeringsansvar för behovet av vård inom respektive område. Detta ansvar innebär att även kalkylera med privata, och andra potentiella alternativa vårdgivare än de offentliga.

²⁴ Stockholms läns landstings hemsida www.sll.se

²⁵ Falk/Nilsson, Hälsa- och sjukvårdens organisation i Sverige, s. 62

²⁶ Dagens Medicin 2000-09-12

5.3. Beställar – utförar modellen

Skiljs de olika funktionerna för att tillgodose befolkningen med sjukvård åt, blir rollerna tydligare. Sådan är grundtanken med att göra landstingen till beställare av sjukvård. Dyliga tankar har medfört att nya system införts på många håll i landet. Under 1990-talet har ett antal svenska liknande alternativa vårdmodeller införts, framför allt Dala-, Bohus- och Stockholmsmodellen. Dessa har i sin tur såsom pionjärer spelat en stor roll för den fortsatta svenska utvecklingen. Det är givande att i korthet beskriva de olika systemen, vilka har valt i viss mån skilda vägar. De två förstnämnda kommer jag dock att hantera översiktligt, eftersom utvecklingen gått snabbt framåt och de snarast haft verkan av inspirationskällor för sjukvården i övriga landet. Intressant är vidare att när det gäller Stockholmsmodellen, har vi nu viss empirisk kunskap, som jag ämnar redogöra för nedan.

Dalamodellen var pionjären, som spred tanken om att skilja beställare och utförare (eller vårdgivare) åt, med början 1991. Landstinget valde styrelser för olika sjukvårdsområden, vilka sedan slöt avtal med vårdgivare. Det fanns också ett utskott som ansvarade för kvalitetskontroll. Den grundläggande idén var att skilja de olika rollerna i vården åt. Ersättningen till sjukhusvården skedde per prestation, vanligtvis i form av vårddagar eller läkarbesök. Ersättningsystemet, tillsammans med konkurrensutsättningen, skulle medföra en ökad produktivitet och ett förbättrad kostnadsmedvetenhet.²⁷ Valet av vårdgivare hamnade i början oftast på offentliga, snarare än privata vårdproducenter.²⁸ Kritik har framförts att skillnaderna inte blev så stora för Dalarnas sjukvård, men klart är att modellen inspirerat ett flertal andra landsting.²⁹ Bohusmodellen var ett annat tidigt exempel på sjukvårdsförändring, där priset för olika insatser istället sattes av landstingsstyrelsen. Enligt Bohusmodellen gjordes också en klar skillnad mellan landstinget såsom finansiär och patienten, vilken företrädde av särskilda hälso- och sjukvårdsnämnder. Bohuslandstinget ingår sedan 1 januari 1999 i Västra Götalands regionen.

En sak har samtliga beställar/utförar modeller gemensamt, oavsett vilken form som valts för organisationsskiftet. Det är i modellerna, eller köp-säljssystem som de också kallats, essentiellt att beställaren verkligen är kunnig och vet vilka krav som bör ställas på vårdgivaren.

²⁷ Falk/Nilsson, Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige, s. 76

²⁸ Dahlgren, Framtidens sjukvårdsmarknader, s. 31ff

²⁹ Falk/Nilsson, Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige, s. 77

Beställaren skall agera som en tolk mellan olika parter, vilket uttrycks väl i följande citat: ”Grunden för ett framgångsrikt beställararbete är att beställaren besitter en unik kunskap som också kan förstås av producenterna. Härigenom får beställarna den legitimitet i systemet som man så väl behöver. Lyckas man med detta kan beställarna bli den felande länken mellan sjukvården och befolkningen³⁰.” Det är vidare viktigt att beställaren behåller sin integritet. Falk/Nilsson beskriver ett krasst och något cyniskt scenario: ”Samtliga aktörer söker på olika sätt påverka varandra. Denna påverkan är relativt osystematisk och till liten del faktabaserad.³¹”

I dag använder ungefär hälften av Sveriges 18 landsting och två regioner någon form av beställar/utförarmodell. I några fall har landstingen frångått beställarsystemen till fördel för att återgå till den traditionella styrningen.³² Här kan högst korfattat konstateras att inslaget av alternativa driftformer till följd av beställar/utförarsystem är klart större i äldrevården jämfört med landstingsvården. Siffror ifrån Socialstyrelsen visar att cirka var tionde äldre människa får vård och omsorg av en privat vårdgivare, på uppdrag av kommunen. Dessa siffror har trefaldigats under sex år, och tendensen är att beställar/utförar tanken kommer att finnas kvar i äldrevården framöver.³³ Förändringen efter införandet av det nya systemet i landstingen har varit positiv i så måtto att verksamheterna analyserats på ett nytt sätt och kraven på vården preciserats. Kostnaderna har uppmärksammas och besluten angående vården kräver nu bättre underlag än tidigare.³⁴ All förändring har dock inte upplevts som positiv. En undersökning pekar på problemet att förändringsivern kan komma uppifrån och inte delas av personalen. Vidare är bristen på dokumentation hur organisationerna verkligen fungerar ett problem som uppmärksammas i samma undersökning.³⁵ Problemet är också att det är svårt att mäta förändringarna som skett.

Det finns ändå vissa undersökningar som utförts sedan beställar/utförarmodeller infördes i många landsting. I dessa undersökningar, vilka mäter bl. a. produktivitet/effektivitet framgår att produktiviteten i sjukvården ökat under 90-talet.

³⁰ Calltorp, Att beställa hälso- och sjukvård, s. 21

³¹ Falk/Nilsson, Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige, s. 79

³² Prop. 1999/2000:140, s. 117

³³ Socialstyrelsens pressmeddelande 2000-01-19

³⁴ Calltorp, Att beställa hälso- och sjukvård, s. 187

³⁵ Falk/Nilsson, Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige, s. 81

Dock är det så att motsvarande ökning återfinns i de landsting vilka *inte* genomfört dylika organisationsförändringar. Det är därför svårt att säga vad ökningen beror på. Det kan vara så att vetskapen om vikten av god ekonomisk kontroll i sig påverkar landstingen.³⁶ Vidare finns ett problem i att det inte alltid råder konkurrens på de olika sjukvårdsområdena. Ofta är befolkningsunderlaget för litet för att verklig konkurrens skall råda, framförallt i den slutna vården. Sjukhusen får sålunda monopol på vården då det krävs mycket stora investeringar för konkurrenter att komma in på sjukvårdsmarknaden i det aktuella området.³⁷

5.4. Stockholmsmodellen

5.4.1. Organisation

Stockholms läns landsting är utan tvekan det landsting som agerat med mest kraft när det gäller att privatisera och omorganisera vården. Grundtanken var att vården skulle bli effektivare. Vårdkvaliteten skulle bibehållas men till en lägre kostnad. Nyckelordet för hela modellen är *konkurrens* och utvecklingen har gått såväl snabbt som långt. Det faller sig därför naturligt att ägna Stockholmsmodellen en hel del uppmärksamhet. Det är nämligen också så att det finns nyligen genomförda undersökningar på hur förändringarna påverkat vården i landstinget, vilket självfallet är intressant. Det är likväl viktigt att ha i minnet att merparten av landstingen i Sverige inte gått på långt när lika långt som i Stockholm.

Rent organisatoriskt fungerar Stockholmsmodellen som så, att landstinget delats in i nio sjukvårdsområden vilka givits totalansvar och en budget för respektive vårdområde. Sjukvårdsområdena köper den primärvård som man uppskattar att befolkningen i området kan behöva. Det finns en konkurrens mellan olika vårdproducenter för att skriva avtal med sjukvårdsområdena. Priserna för tjänsterna får underskridas men inte överskridas. Den tidigare ersättningen skedde genom anslag, som i så många andra landsting. Kritiken mot anslagsersättningen var bl. a. att den ansågs vara kontraproduktiv. För att få till stånd ökade anslag var ett visst mått av vårdköer nödvändiga, framhöll ekonomer i landstinget. De fick medhåll i detta uttalande även av personal inom Stockholms landstingssjukvård.³⁸

³⁶ SOU 1999:66, s.183

³⁷ Prop. 1999/2000:140, s. 115

³⁸ Charpentier m. fl., Effekter av en sjukvårdsreform, s. 34

Vidare upphandlas tjänster i Stockholms läns landsting ifrån tio akutsjukhus, vilka genom förändringen kom att ersättas per prestation. Ersättningssystemet innebär att pengarna följer patienten till det sjukhus där han eller hon väljer att söka vård.

5.4.2. DRG prissättning

Ersättningen för akutsjukvård och stora delar av den slutna vården i övrigt, kräver en något mer noggrann förklaring. Systemet som används är s.k. DRG prissättning (Diagnos Relaterade Grupper), vilket har sitt ursprung i USA. Systemet fungerar enligt principen att varje sjukvårdstjänst definieras, klassificeras och prissätts. Innebörden blir att ett normalbelopp räknas ut för vad vård av det aktuella slaget, för att kureras en viss sjukdom eller skada, brukar kosta. På detta sätt grupperas patienterna, eller snarare deras sjukdomstillstånd, utifrån sjukdomarnas svårighetsgrad. DRG systemet kan medföra flera positiva effekter. Dels blir det möjligt att jämföra olika vårdinrättningar, men det är också ett mått på prestation hos en enskild vårdproducent. Tanken är att den ekonomiska effektiviteten skall öka hos vårdproducenterna.³⁹

Det finns också ett antal möjliga negativa effekter vid användning av DRG prissättning. Erfarenheter av dessa finns framförallt internationellt, eftersom man där använt systemet under många år. De tänkbara negativa sidoeffekterna är:

- *Dumping*, innebär att en potentiell vårdgivare sänder patienten vidare till en annan vårdgivare, vid bedömningen att kostnaden för att behandla patienten överstiger den ersättning som skulle utgått enligt DRG prissättningen. Patienten har sålunda en mer komplicerad sjukdomsbild än i normalfallet. Vårdgivaren skulle därför bli tvungen att utföra en del av behandlingen utan ersättning, vilket inte, strikt ekonomiskt sett, vore försvarsbart. Det är dessutom så att risken för komplikationer ökar för äldre patienter och de har också en längre genomsnittlig vårdtid.⁴⁰ I litteraturen kallas denna företeelse även *cream-skimming*, d.v.s. att enbart de ekonomiskt lönsamma patienterna tas emot, medan de andra avvisas.

³⁹ Charpentier m. fl., Effekter av en sjukvårdsreform, s. 32f

⁴⁰ SOU 1995:5, Vårdens svåra val, s.68

- *Gaming*, betyder att vårdproducenten minimerar vårdinsatsen för en patient så att denne kan utsättas för risk. Att skriva ut en patient för tidigt kan vara exempel på gaming. Skrivs patienten ut så fort det är möjligt bereds plats för nästa patient och potentiella inkomstkälla.
- *Creeping*, kan översättas till svenska med ”glidning”. När patientens sjukdomstillstånd bedöms ges det en DRG grupp vilken genererar större ersättning än den korrekta gruppen. Det kan exempelvis röra sig om att bedöma att ett sjukdomstillstånd troligen kommer att medföra komplikationer, när det i själva verket inte är särskilt troligt att så kommer att ske. Fullt förståeligt är det svårt att avgöra om creeping äger rum eller ej, eftersom utgångsläget är en bedömningsfråga över sjukdomstillståndets karaktär.

5.4.3. Effekter utav Stockholmsmodellen

Jag kommer nedan att främst referera till två nutida undersökningar, vilka har gjorts angående Stockholmsmodellen och vad den medfört för sjukvården inom länet. Den ena undersökningen är utförd av två ekonomer vid Handelshögskolan i Stockholm och är huvudsakligen finansierad av Stockholms läns landsting.⁴¹ Den andra utgörs av en skrift, till följd av ett samverkansavtal mellan landstinget och Socialstyrelsen, vilket följer upp kvaliteten i vården efter en utvecklingsplan i Stockholms län.⁴² I sistnämnda skrift sammanställs en mängd olika undersökningar, utförda bl.a. i form av patientenkäter utav SCB. Nämnas bör att vården i Stockholms läns landsting kommer att utvecklas vidare nedan i analysen och diskussionen kring de statistiska fakta vilka är hämtade bl. a. ifrån Socialstyrelsen och HSAN.

När Stockholmsmodellen infördes i början på nittioalet skedde ett antal snabba, positiva förändringar. Enligt förstnämnda undersökning ökade vårdproduktionen initialt, vårdköerna minskade och tillgängligheten samt valfriheten för patienterna förbättrades. De kortade vårdköerna var ett fenomen över hela landet, till stor del beroende på den statligt subventionerade vårdgarantin. Att tillgängligheten förbättrades uppges bl. a. vara resultatet av utökade öppettider och telefontider samt förbättrad skriftlig information till patienterna.

⁴¹ Charpentier m. fl., Effekter av en sjukvårdsreform

⁴² Slutrapport från uppföljningen av ”Stockholmsmodellen”

Därutöver reducerades vårdtiderna, vilket till viss del kan tillskrivas effektivare behandlingsmetoder, en utveckling som ständigt fortgår. Det är vidare intressant att vårdproduktionen minskade något igen 1995 och 1996. Vårdköerna har återigen ökat på vissa områden, bl. a. för operation av gråstarr samt höftleder. Undersökningen utförd i samarbete med Socialstyrelsen kommer i stort fram till samma positiva följd effekter som nämnts ovan. Med hänvisning till en Spri-rapport sammanfattas resultatet i ökad valfrihet, oförändrad kvalitet, ökade kostnader samt (trots valfriheten), oförändrade patientströmmar.⁴³

Vad gäller ytterligare effekter utav Stockholmsmodellen framkommer att de administrativa kostnaderna ökat stort jämfört med tidigare system. Denna utveckling var långt ifrån oväntad. Det är ett faktum internationellt sett att system av detta slag medför höga administrativa kostnader. I USA utgörs nästan 20 procent av de totala sjukhuskostnaderna av administrativa kostnader, motsvarande siffra i Stockholms län uppgår till ca. tio procent. Nämnas bör dock att bland personal inom landstinget ansågs det acceptabelt med en högre kostnadsnivå än vid anslagsfinansiering.⁴⁴ Än mer intressant ur patientsynpunkt är självfallet frågan om kvaliteten på vården. Klart är att i inkörsperioden ökade anmälningarna till förtroendenämnder (numera patientnämnder) samt till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Problemet är att denna ökning i det hela taget var nationell. Det är således svårt att tyda statistiken. Det kan röra sig om att kvaliteten i vården försämrats, men det kan också vara så att benägenheten hos patienter att anmäla ökat i allmänhet. Vid intervjuer av såväl sjukvårdspersonal som sk. beställare framkommer tveksamhet i frågan. Somliga av de intervjuade personerna ansåg att kvaliteten kanske förbättrats rent medicinskt, medan omvårdnaden förmodligen försämrats.⁴⁵

Charpentier & Samuelsons undersökning tar även konkret upp de negativa effekterna som kan uppkomma i form av dumping, gaming och creeping. Vad gäller underbehandling (s.k. gaming) och glidning i DRG nivåerna, (s.k. creeping) framkom vid intervjuer att inga stora problem förelåg. En del intervjuad landstingspersonal ansåg att det förekom *viss* (min kursivering) underbehandling, men det upplevdes inte som något stort bekymmer. Ser vi på den s.k. dumpingen, eller s.k. cream-skimming, uppgav mer än hälften av de tillfrågade att de stött på problemet. Framför allt uppgavs det gälla missbrukspatienter, vilka kanske främst söker vård av sociala skäl.

⁴³ Slutrapport från uppföljningen av ”Stockholmsmodellen”, s.8

⁴⁴ Charpentier m. fl., Effekter av en sjukvårdsreform, s. 67

⁴⁵ Charpentier m. fl., Effekter av en sjukvårdsreform, s. 70

Under 1992 infördes vissa lättnader för speciellt vård- och kostnadskrävande patienter, vilka inte längre ersätts enligt DRG systemet. Charpentier & Samuelson sammanfattar det hela med att de inte fått intrycket att några större problem föreligger med att svåra eller olönsamma patienter avvisas. Dock höjer författarna ett varnande pekfinger för att förändringar kan ske i framtiden ”om etiken blir svagare, de ekonomiska incitamenten starkare och resurserna mindre.⁴⁶” De påpekar också att vårdgivarna på förhand vet vilka diagnoser som är lönsamma respektive mindre lönsamma att behandla. Bland de lönsamma finns höft- och knäoperationer. Svårt cancersjuka patienter och komplicerade förlossningar bedöms vara mindre lönsamma.⁴⁷ Slutligen visar Charpentier & Samuelsons undersökning att acceptansen för Stockholmsmodellen hos såväl beställare som utförare var, och är, god. Den övervägande delen av de tillfrågade kan inte tänka sig att återinföra anslagsfinansiering. Flera såg en kombination av olika finansieringsmöjligheter som optimal. Anmärkas bör här att intervjuade personer i undersökningen ovan utgjorts av bl.a. beställare och klinikchefer. Sjukvårdspersonal på lägre nivå än läkare är ej tillfrågad. Det torde vara upp till läsaren att bedöma huruvida resultatet sett annorlunda ut om intervjugruppens sammansättning varit en annan.

I sammanställningen av undersökningar, i vilken bl. a. Socialstyrelsen medverkar framstår det närmast som om personalen är mer frustrerad över den pågående utvecklingen än vad patienterna är. Många ur personalen påpekar att resurserna inte räcker till, de känner sig inte delaktiga och upplever att de har en pressande arbetsbelastning. Ett annat problem uppges vara att det uppstått brister i samarbetet mellan de olika vårdgivarna till följd av strukturförändringarna, vilket upplevs som allvarligt. Slutrapporten säger ändå att katastrofer undviks tack vare personalens höga kompetens, engagemang och ideella insatser. Allvaret i situationen betonas med att ”alternativet till resurstillskott är en sjunkande vårdkvalitet⁴⁸”. Slutrapporten betonar att personalen är i grunden positiv till Stockholmsmodellen, men att organisationen lider av förändringströtthet. Avslutningsvis sägs att denna trötthet ”...talar för att man under de närmaste åren kan vinna på att driva utvecklingen genom en successiv anpassning till nya krav och befolkningens behov...⁴⁹”.

⁴⁶ Charpentier m. fl., Effekter av en sjukvårdsreform, s. 74

⁴⁷ Charpentier m. fl., Effekter av en sjukvårdsreform, s. 75

⁴⁸ Slutrapport från uppföljningen av ”Stockholmsmodellen”, s. 68

⁴⁹ Slutrapport från uppföljningen av ”Stockholmsmodellen”, s. 71

Resultatet av undersökningarna nämner vidare ett antal intressanta fakta. Däribland finns resultat av ett flertal patientenkäter. I flera av dem uppger patienterna att de upplever valfriheten *lägre* (min kursivering) under den senare delen av nittioalet, jämfört med tidigare. Patienterna ansåg vidare att omvårdnaden försämrats och personalen upplevdes mer stressad.⁵⁰ De bästa resultaten fick Ersta sjukhus samt Sofiahemmet, båda privata sjukhus. Vad gäller tillgängligheten i vården upplevdes svårigheter att nå sin läkare via telefon och nära hälften av de tillfrågade var osäkra på var de skulle vända sig för att få vård. Möjligheten att faktiskt välja vårdgivare utnyttjades i mindre mån 1998 än 1996. Oftast valdes ett visst sjukhus baserat på det faktum att patienten varit där förut. Samma undersökning visade att vårdtiderna kortats, men merparten av patienterna ansåg trots detta att de skrivits ut vid rätt tidpunkt. Sammanfattningsvis kan sägas att undersökningarna vilka redovisas, ger bilden av att patienterna visserligen upplever en hel del svårigheter i kontakten med vården, men merparten är ändå nöjd med vården som helhet. När patienten väl når fram till vårdgivaren och vårdinrättningen är personen i fråga nöjd med den vård som ges. Förtroendet för vården tycks sålunda inte rubbas trots att vägen till vården inte alltid upplevs som spikrak.

6. Privat vård och privata vårdförsäkringar

6.1. Privat sjukvård

Att privata vårdlösningar erbjuds som alternativ till den offentligt producerade och finansierade vården är ett sedan länge konstaterat faktum, såväl i Sverige som internationellt. Den privata vården fyller en stor funktion inom många områden. Här avses inte minst tandvården och sjukgymnastiken men även företagshälsovården. Har en privat vårdgivare tecknat vård- eller samarbetsavtal med kommun eller landsting, är det inte mer kostsamt för patienten att uppsöka den privata läkaren, än den offentliga vården. Väljer patienten att uppsöka en vårdgivare vilken inte tecknat avtal, får patienten själv bära kostnaden för vården, antingen försäkringsvägen eller helt privat. De privata vårdgivarnas existens har också rent praktiskt inneburit att vårdköerna på sina håll minskat kraftigt genom att landsting köpt in vård vilka de själva inte kunnat erbjuda sina patienter inom önskvärd tid.

⁵⁰ Slutrapport från uppföljningen av "Stockholmsmodellen", s. 59

På så sätt kan sägas att de privata vårdgivarna ökat såväl valfriheten i, som tillgängligheten till sjukvården som helhet.⁵¹ Förhållandet mellan de olika vårdformerna och dess kombinationsmöjligheter beskrivs nedan i tabell 2 (förlagan ur Privata aktörer i svensk sjukvård, s.21).

Tabell 2. Kombinationsmöjligheter mellan privat och offentlig vårdproduktion och finansiering

| | Offentlig vårdproduktion | Privat vårdproduktion |
|------------------------|---|--|
| Offentlig finansiering | Landstingsdriven verksamhet- vårdcentraler, sjukhus m.m. | Vård genom avtal med kommun eller landsting |
| Privat finansiering | Relativt ovanligt – vissa vaccinationer o. dyl. | <ul style="list-style-type: none"> • Privat utförd vård finansierad genom en privat sjukvårdsförsäkring • Privat utförd vård självfinansierad av patienten |

Ofta handlar den privata vården om mindre läkarmottagningar i öppenvården, även om det även finns ett flertal privata alternativ i den slutna vården (se ovan 5.2.). Det kan finnas flera anledningar till att patienten väljer ett privat alternativ. Ibland kan miljön vara mer ombonad och trevlig än den offentliga vårdens stora väntrum. Det kan vara så att patienten känner sig mindre nervös i en sådan miljö. Vidare kan fallet vara att patienten önskar ett visst mått av diskretion och upplever att det uppfylls bättre i den privata vården, ex. hos en kvinnoläkare. Självfallet är det också av stor vikt vilket bemötande patienten får. Undersökningar har gjorts som visar att patienterna är mer nöjda med, och upplever en högre kvalitet i den privata vården, jämfört med vården på en offentlig vårdcentral.⁵² Vad gäller bemötandedelen kan ställas frågan om personalen på en privat läkarmottagning ges större incitament att bättre vårda kunden/patienten, jämfört med personalen vid exempelvis den offentliga vårdcentralen. Frågan är inte helt enkel att svara på. Anser man att lönebildningen är avgörande är det ofta så att de privata mottagningarna erbjuder högre löner än exempelvis en offentlig vårdcentral. Att löneläget inte är oviktigt framkommer i viss mån av det faktum att ett stort antal sjukvårdsutbildade personer söker sig till vården i ex. Norge, där lönerna är högre än de svenska. Det torde vara en diskussionsfråga huruvida detta faktum inverkar på omvårdnaden. Personligen tror och hoppas jag att *viljan* att ge patienten ett gott bemötande finns vid alla vårdinrättningar, oavsett arbetsgivare och anställningsvillkor.

⁵¹ Prop 1996/97:123, s.20

⁵² Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2000, tabell 36

Problem med den privata vården kan dock uppstå när vårdproducenterna ställs inför valet att erbjuda vård till en patient vilken ersätts genom offentliga medel, och en patient vilken bekostar sin egen vård. Betalningen kan ske försäkringsvägen eller ur egen ficka. Självfallet är det i det fallet så att det är en medicinsk prioritering som skall göras, men osäkerhet kan uppkomma. Det kan ju vara så att den utfallande försäkringspremien högt överstiger den summa vården av den offentligt finansierade patienten skulle uppbringa. Det är vidare snarast en självklarhet, att fallerar den offentligt finansierade och producerade vården, kommer de med ekonomisk kapacitet att söka sig till den privata vården. Socialstyrelsen har uppmärksammat detta faktum: ”om människor upplever --- att vården har allvarliga brister, är det ofrånkomligt att den betalningsvilja som finns kommer att kanaliseras via olika former av enskilda lösningar för sjukvård⁵³”. En tänkbar utveckling vore att om antalet patienter vilka själva finansierade sin vård ökade, skulle dessa i förlängningen kräva att få disponera sina egna skattemedel, eftersom de själva tillgodosåg sina vårdbehov. Ett argument till fördel för den privata vården, vore sålunda att säga att den privata vården utgör ett incitament för den *offentliga* vården att hålla en god kvalitet. På det sättet kan de privata vårdalternativen komma samtliga patienter till gagn, även de vilka söker hjälp för sina åkommor inom den offentligt drivna vården.

Så länge som de privata vårdproducenterna bedriver större delen av sin verksamhet baserad på helt privat finansierade patienter föreligger knappast några betänkligheter. Patienten köper en tjänst som erbjuds, vilket inte kan eller bör förbjudas, utan regleras. Problem uppstår inte heller när verksamheten till övervägande del sker på basis av upphandling ifrån de olika beställarna, landsting och kommuner. Tveksamhet kan snarare uppkomma om vårdproducenten exempelvis har 50 procent av sin verksamhet genom upphandling och resten i egen verksamhet. Frågeställningarna blir då flera; Vad är prioriteringsordningen? Kan beställaren ställa några krav i frågan eller ej? Än mer diskutabelt, ur patientsynpunkt, blir det när offentliga vårdgivare börjar planera för att ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring, vid sidan om de offentligt finansierade patienterna. På senare tid har sådana tankegångar dykt upp, bl. a. ifrån Akademiska sjukhuset i Uppsala⁵⁴ och Karolinska sjukhuset i Stockholm. Tanken är att de vårdavdelningar som har en överkapacitet skall kunna erbjuda vård till patienter vilka bekostar sin egen sjukvård.

⁵³ Sjukvården i Sverige 1998, s.246

⁵⁴ Dagens Medicin 2000-06-14, där hänvisning görs även till DM nr 21/00

Flera försäkringsbolag har uppgett att de kontaktats av offentliga vårdinrättningar med erbjudanden att ta emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar.⁵⁵ Dyliga förslag kan skapa osäkerhet för patienten. Ponera exempelvis att den privatförsäkrade patienten utöver vård för sin initiala åkomma, behöver en starroperation, för vilken det är lång kö? Patienten skall i det fallet nekas förtur, men i en sådan situation finns även ekonomiska incitament, vilka kan innebära viss moralisk tvekan. I dagsläget finns dock inga offentliga vårdgivare vilka samtidigt tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar.

Det officiella svaret på frågan om samtliga patienter behandlas lika är givet. Det är självfallet svårt att undersöka om detta svar är fullständigt, med sanningen överensstämmande, eller ej. Det vi empiriskt kan säga är att internationellt sett finns en tendens att välja den privata patienten före den offentliga, eller rättare sagt den patient vilken genererar mest ersättning, s.k. cream-skimming.⁵⁶ Det innebär givetvis inte att situationen per automatik skulle bli den samma i Sverige. Styrmedlet för dessa frågor torde vara politiskt. Kraven ställs på beställaren att denne dels sköter upphandlingen noggrant, samt att tillsynsmyndigheten är uppmärksam på att problem *kan* uppstå.

6.2. Privata sjukvårdsförsäkringar

De privata sjukvårdsförsäkringarna utgör självfallet i sig ingen alternativ driftform. De kan istället sägas vara en följd av den privat producerade vården. Försäkringarna och den privata vården följs åt och har så gjort under de senaste åren. Försäkringsbolaget Skandia äger andelar i många av de vårdföretag man anlitar, ex. i Capio AB (f.d. Bure Hälsa och sjukvård).⁵⁷ Eftersom försäkringarna garanterar vård hos privata vårdgivare men är förhindrade att nyttja den offentliga vårdapparaten, existerar ett symbiosförhållande där båda parter i viss mån är beroende av varandra. Det är av denna anledning jag har valt att ta upp även de privata sjukvårdsförsäkringarna. De utgör en liten del av den totala finansieringen av sjukvården men ökar dock ständigt.

⁵⁵ Rehnberg & Garpenby, Privata aktörer i svensk sjukvård, s. 112 Noteras kan att åsyftade offentliga vårdinrättningar inte namnges.

⁵⁶ Rehnberg & Garpenby, Privata aktörer i svensk sjukvård, s. 64

⁵⁷ Information om investor relations, www.capio.se

I dagsläget utgör försäkringarna enligt uppgift ifrån Landstingsförbundets ordförande ekonomiskt sett bara någon promille av de totala sjukvårdskostnaderna.⁵⁸ Internationellt sett är inslaget av privata sjukförsäkringar klart större än i Sverige och kan möjligen peka på en utveckling som i framtiden även kan beröra svenska förhållanden. I Storbritannien, som har ett sjukvårdssystem liknande det svenska, har dryga elva procent av befolkningen en kompletterande privat sjukvårdsförsäkring.⁵⁹ Ifrån statligt svenskt håll har hitintills en lågmäld ton hållits mot försäkringarna. Det finns inga restriktioner över vilken vård som får tecknas försäkring för, likt i Kanada (se nedan 8.4.). Merparten av premierna är inte avdragsgilla men heller inte föremål för förmånsbeskattning. Såväl piska som morot saknas sålunda och någon debatt i ordets mening på riksdagsnivå, om förändringar eller reglering har inte ägt rum.

Marknadsföringen av privata sjukvårdsförsäkringar är i det stora hela modest, troligen beroende på att dessa sjukvårdsförsäkringar kan vara ett känsligt ämne. Folksam har än så länge avstått från att erbjuda dylika försäkringar, mycket beroende på att fackföreningarna haft ett stort inflytande i företaget. Vissa av företagen vilka erbjuder sjukvårdsförsäkringar som finns på marknaden idag, tar ändå uttryckligen sikte på den offentliga vårdens svagheter. Följande två klipp visar hur annonseringen kan se ut: ”Att bli sjuk är en sak. Att snabbt få rätt vård är en helt annan. --- när det väl blir din tur kan du råka ut för att bli slussad runt i den offentliga vårdapparaten. --- Det är ju din hälsa och trygghet det handlar om.”⁶⁰ SEB Trygg Liv påminner om att :”Den tid då samhället kunde erbjuda sina medborgare full social trygghet är förbi. Hålen i skyddsnetet har under hela 1990-talet både blivit fler och större. Hur länge orkar du vänta på operation? Genom Trygg Vårdgaranti försäkrar du dig om kortare väntetider.”⁶¹ I stark kontrast återfinns Skandia vilka hävdar att de har som policy att inte framhäva svagheter i den offentliga vården utan istället informera om fördelarna med Skandias försäkringar.

Historiskt sett har sjukvårdsförsäkringarna främst varit ett sätt för företag att garantera att nyckelpersoner i företaget inte är frånvarande långa tider vid en eventuell sjukdom.

⁵⁸ GP 2000-11-10, Vård ska bekostas gemensamt

⁵⁹ Rehnberg & Garpenby, Privata aktörer i svensk sjukvård, s.74

⁶⁰ Information om sjukvårdsförsäkring hos Länsförsäkringar. www.lansforsakringar.se

⁶¹ Information om sjukvårdsförsäkring hos SEB Trygg Liv, www.seb.se

Även för ensamföretagare i mindre företag har dylika försäkringar ansetts som närmast en nödvändighet. Den ekonomiska risken för företagets fortlevnad är enkelt uttryckt för stor om företagaren inte kan utföra sitt dagliga arbete. Numer finns även gruppförsäkringar samt helt privata sjukvårdsförsäkringar. Försäkringarna upphör i regel att gälla mellan 67 och 70 år och försäkringsbolagen kräver en hälsoförklaring inför tecknandet. Ofta finns möjlighet att teckna försäkring även om sjukdomar finns med i bilden, då till högre premie eller med undantag. Årspremierna pendlar mellan ett par tusen kronor upp till cirka tiotusen kronor. Den absolut dominerande delen av försäkringarna bekostas ännu av arbetsgivare, vilket dock även inbegriper ensamföretagare. Den del som bekostas helt privat är liten, men ökar som tidigare nämnts. År 1994 omfattades enligt uppgifter ifrån ett stort antal försäkringsbolag cirka 40 000 personer av privata sjukvårdsförsäkringar.⁶² Skandia försäkringsbolag var, och är, det dominerande bolaget. Idag är den totala siffran över antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar minst 120 000, troligen mer. Enligt Skandia har en mycket stor ökning skett under det senaste året, hela 80 procent sedan september 1999. Ifrån Skandia bekräftas också att det inte längre enbart är toppchefer som skaffar en sjukvårdsförsäkring.⁶³

Det finns ytterligare en anledning att diskutera privata sjukvårdsförsäkringar utöver ovan nämnda. Det är det faktum att i ett sjukvårdssystem med en obligatorisk sjukförsäkring, likt den vissa politiska partier förespråkar (se nedan 7.7.1.), blir privata sjukvårdsförsäkringar i form av tillägg till den allmänna, ofta en naturlig följd.⁶⁴ I ett sådant läge skulle många av invånarna känna ett behov att teckna egna försäkringar, givetvis bl. a. beroende på vilken omfattning den allmänna obligatoriska sjukförsäkringen skulle ha, det s.k. basutbudet.⁶⁵ Eftersom den enskilda personens hälsotillstånd då skulle ligga till grund för premien, vore det tänkbart att personer med fysisk nedsatthet inte skulle ha möjlighet att teckna försäkring, då premien för dem skulle bli mycket hög. Alternativt kunde försäkringsbolagen/kassorna arbeta aktivt, om än i det tysta, för att teckna försäkring för enbart friska individer, eftersom de skulle innebära en bättre lönsamhet. Det är ett välkänt faktum att hälsan är betydligt sämre i de lägre samhällsklasserna än i de mer välutbildade.

⁶² Rehnberg & Garpenby, Privata aktörer i svensk sjukvård, s. 103

⁶³ Skandia Lifeline, nyheter 2000-10-26, www.skandia.se, Här hänvisas enbart till fem försäkringsbolag. Antalet bolag i Rehnberg & Garpenbys bok är klart fler. Därav torde den korrekta siffran i dag vara högre än den Skandia uppgivit, även om vissa bolag slagits samman sedan Rehnberg & Garpenbys undersökning gjordes.

⁶⁴ SOU 1993:38, s. 172f

⁶⁵ SOU 1993:38, s. 173

Följden blir att premierna för dem med lägst lönenivå, i ett system helt utan reglering, får betala en större del av sin lön i premie än de mer högre utbildning, högre lön och lägre hälsorisk. Internationellt sett finns dock system vilka medför lätnader för de individer vilka redan vid tecknandet av en försäkring är sjuka. Det finns även system i form av subventioner till de försäkringsbolag vilka erbjuder försäkringar till de som har störst vårdbehov. Vidare finns flera exempel på att försäkringsbolagen förbjuds neka individer att teckna försäkring, för att minimera risken för särbehandling p.g.a. individens vacklande hälsotillstånd.

Sammantaget kan sålunda sägas att även om förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar är marginell, är utvecklingen intressant och något som i min mening bör följas upp. Det är under den senare delen av 1990-talet som den större ökningen skett. Det i sin tur stämmer väl överens med ökningen av vårdköer inom vissa områden. Jag ser det som högst troligt att dessa försäkringar kommer att öka i samma takt även fortsättningsvis. Många människor i det svenska samhället har under senare år fått en bättre ekonomisk situation. Detta faktum, i förening med allt högre krav på sjukvården kommer, som jag ser det, att bidra till en fortsatt ökning. Även förekomsten av försäkringar hänger, likt den privata vårdproduktionen, intimt samman med hälsotillståndet i den offentliga sjukvården. Finns en effektiv och kvalitativ offentlig sjukvård, minskar behovet av lösningar för att ex. kringgå vårdköer.

7. Rättslig reglering

7.1. Alternativt kontra offentligt driven vård

Det är viktigt att konstatera att det alldeles oavsett driftform, finns regler som handhar kontroll och utformning av vården. I det stora hela är rådande lagstiftning på sjukvårdsområdet tillämplig såväl för offentliga som alternativa vårdgivare. Definitionen av vårdgivare är fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Vad gäller juridiska personer krävs att det framgår av bolagsordning, föreningsstadgar eller liknande, att den juridiska personen skall bedriva sjukvård i någon form.⁶⁶

⁶⁶ Backerling, Juridik i vården, s 18.

Den största sammanlagda skillnaden mellan offentlig vård och alternativt driven, torde vara att hos de privata vårdgivarna gäller inte offentlighetsprincipen. Det är sålunda inte möjligt att få samma insikt i dessa aktörers verksamheter som i den offentliga. En annan skillnad är att de anställda hos privata vårdgivare inte lyder under Sekretesslagen (1980:100), vilken enbart omfattar offentlig verksamhet. Vad gäller den privata vården finns det särskilda sekretessbestämmelser intagna i 2:8-11 LYHS. För den enskilde patienten bör det ändå vara av grundläggande betydelse att all vård lyder under huvudsakligen samma bestämmelser, vilket skapar en trygghet för patienten. Frågan har även lyfts fram såsom viktig i debatten.⁶⁷

7.2. Patienträttigheter

Något bör sägas om huruvida den enskilde patienten har några rättigheter vad gäller den egna vården. Ett förenklat svar är att få egentliga legala rättigheter existerar, åtminstone vad gäller rätten att få vård vid en viss tidpunkt. Lagstiftningen på området är istället huvudsakligen uppbyggd på att ålägga vårdgivarna skyldigheter. Indirekt ges patienterna på det viset ändå stöd med karaktär av rättigheter. För att klargöra problematiken måste initialt en legal rättighet definieras.⁶⁸ Inom förvaltningsrätten finns vissa grundläggande krav på en rättighets karaktär. Först och främst måste rättigheten vara preciserad i lag. Det skall sålunda vara möjligt att fastställa att bestämmelsen verkligen gäller mig som enskild individ och att den gäller på det aktuella området. Vidare måste en legal rättighet vara utkrävbar. Innebörden av det är bl. a. att det skall vara möjligt att överklaga beslut härrörande till den legala rättigheten.

Det uppstår flera problem vid försök att kategorisera ev. patienträttigheter enligt ovan. Dels är det svårt att precisera rättigheten.⁶⁹ Det handlar ständigt om individuella medicinska bedömningar vilka även påverkas av en mycket snabb teknisk och medicinsk utveckling. Det är därför problematiskt att avgöra huruvida det är en rättighet för den enskilde patienten att få vård vid ett specifikt tillfälle. Därutöver tillkommer kravet på att rättigheten skall vara utkrävbar. Det finns idag ingen möjlighet att få ett beslut överprövat. Ett sådant förfarande i sig skulle självfallet vara problematiskt och kräva såväl medicinsk som rättslig expertis. Därutöver skulle en tidsaspekt finnas eftersom det i vissa fall vore av vikt att få ett snabbt beslut.

⁶⁷ Dagens Medicin 1999-02-02

⁶⁸ Westerhäll, Patienträttigheter, s.11

⁶⁹ SOU 1997:154 s.119

Avgörande är möjligen ändå att det vore enormt kostsamt att införa en legal rätt till omedelbar vård för alla sjukdomar.⁷⁰ Gapet mellan behov och resurser skulle riskera att öka med en sådan ändring och nya problem uppstå i prioriteringssituationer. Det är sammanfattningsvis inte möjligt för en patient att kräva viss vård vid ett visst tillfälle. Det finns dock, vilket bör noteras, *vissa* mer konkreta rättigheter. Under vissa omständigheter finns rätt till en s.k. second opinion (3a§ HSL), en förnyad medicinsk bedömning. Det existerar också en rätt till individuellt avpassad information (2b§ HSL) om patientens tillstånd och behandlingsmöjligheter. Den svenske patienten är sålunda inte helt i avsaknad av rättigheter. Det finns vissa rättigheter, men de flesta av dem har karaktär av kvasirättigheter eller servicerättigheter. Innebörden av sådana är att patienten ”kan ställa krav i mån av resurser hos vårdgivaren⁷¹”. Även om patienten inte kan kräva viss vård har denne däremot möjlighet att klaga på vården som sådan till Socialstyrelsen, patientnämnder samt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (se nedan 7.5.). Däremot kan ett förfarande ex. hos HSAN inte medföra att patienten får en ”positiv rättighet”. Slutresultatet kan, även om disciplinpåföljd utdelas, enbart ge patienten vetskapen om att denne faktiskt hade rätt i sin uppfattning om situationen i fråga.⁷² Lite tillspetsat skulle kunna sägas som så, att som läget är idag kan patienten *ha* rätt, men inte alltid *få* rätt.

Frågan om patienträttigheters vara eller icke vara har florerat länge i vårddebatten. Rent allmänt kan sägas att chansen till patientinflytande ökar om det finns klara regler mellan patienten och vårdgivaren samt finansiären, ex. i form av ett försäkringsbolag. Sker finansieringen på offentlig väg som den gör i dagsläget tenderar patientmakten att bli ”--- politisk snarare än juridisk; indirekt och kollektiv (demokratisk) snarare än direkt och tillgänglig---⁷³”. Tydliga patienträttigheter upplevs ändå inte enbart som en odelat positiv företeelse. Farhågor finns bl. a. att patienträttigheter inom ramen för ex. en försäkringsmodell i vården kommer främst de starka grupperna i samhället till del.⁷⁴ Diskussionen kring patienträttigheter är säkerligen långt ifrån avslutad. Som Lars Trägårdh uttrycker det: ”Det är --- när det sociala kontraktet sviktar som behovet av ett juridiskt hållbart kontrakt aktualiseras.⁷⁵”

⁷⁰ Westerhäll, Patienträttigheter, s.94

⁷¹ Westerhäll, Patienträttigheter, s.88

⁷² Westerhäll, Patienträttigheter, s.45

⁷³ Trägårdh, Patientmakt i Sverige, USA och Holland, s.23

⁷⁴ Westerhäll, Patienträttigheter, s.93

⁷⁵ Trägårdh, Patientmakt i Sverige, USA och Holland, s.24

7.3. God hälsa och vård på lika villkor

Som nämdes inledningsvis är kärnfrågan sålunda om dagens och morgondagens alternativ till den offentligt producerade och finansierade vården uppfyller kraven på en *god vård på lika villkor*. För att besvara den frågan måste självfallet denna goda vård på lika villkor definieras. Det övergripande målet för sjukvården finns i 2§ HSL (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763), i vilken sägs att ”*målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen*”. Målet är just som orden anger, en målsättning och inte ett krav. Kravet kan inte ställas att målet skall vara uppfyllt vid varje enskild tidpunkt.⁷⁶ Även om inriktningen därmed är given måste det enligt kommentaren till HSL godtas att det finns skillnader i vården p.g.a. regionala skillnader och det faktum att befolkningens hälsotillstånd också varierar.⁷⁷

Vad anbelangar kravet på en god vård, finns kriterierna angivna i 2a§ HSL. Vården skall vara av god kvalitet, lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och personal. Bestämmelsen att vården skall vara av god kvalitet är ett krav och inte enbart en målformulering. Bestämmelsen knyter an till en mängd andra lagrum. Det rör sig bl. a. om kvalitet på personal, utrustning och ledning. Det är dock viktigt att påpeka att det inte finns exakta mått på vad som krävs av ex. lokaler och utrustning för att kriteriet ”god” skall vara uppfyllt.⁷⁸ Det som är grundläggande är ändå att patienten skall kunna ”söka sig till vården med tillförsikt och i trygg förvissning om att bli väl omhändertagen och behandlad av kompetent personal som har de kunskaper som behövs⁷⁹”, som det uttrycks i lagkommentaren. Även 2:1 LYHS (Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 1998:531), skall läsas ihop med 2a§ HSL. I denna bestämmelse återfinns kravet på att allt sjukvårdsarbete skall utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vidare avser kravet på att vården skall vara lätt tillgänglig, att även om inte alla kan ha lika nära till ett sjukhus finns det andra vägar att gå för att kravet skall anses vara uppfyllt.

⁷⁶ Westerhäll, Patienträttigheter, s.11

⁷⁷ Sahlin, Kommentarer till Hälso- och sjukvårdslagen

⁷⁸ Sahlin, Kommentarer till Hälso- och sjukvårdslagen, s.15

⁷⁹ Sahlin, Kommentarer till Hälso- och sjukvårdslagen s. 53

Dels bör det finnas en närbelägen vårdcentral, alternativt kan distriktssköterska eller liknande göra hembesök. Är detta heller inte möjligt anges i kommentaren att effektiva telefonväxlar och generösa öppettider kan underlätta för att patienten skall kunna komma i kontakt med vården. Att vården skall vara lätt tillgänglig innebär också att det inte får vara alltför långa vårdköer. God vård innefattar också god omvårdnad om patienten. Som vägledning för vad som avses med omvårdnadsarbete och hur ett sådant bör se ut, finns allmänna råd ifrån Socialstyrelsen (SOSFS 1993:17). Genom god omvårdnad skall såväl fysisk, psykisk, social och andlig hälsa befrämjas och ohälsa förebyggas.⁸⁰

7.4. Etiska principer

Det sker ständigt prioriteringar i sjukvården. Behovet av prioriteringar kan uppstå när resurserna inte täcker de vårdbehov som finns, eller vid bedömning av huruvida en behandling som inte medför någon egentlig nytta för patienten bör utföras eller ej. Självfallet kan diskussioner uppkomma runt dylika principfrågor i en specifik situation. Som stöd för såväl sjukvårdshuvudmän som personal, har tre etiska principer tagits fram på förslag av Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5 Vårdens svåra val). Principerna återfinns i 2§ HSL; *”Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”*. Meningen är att principerna skall utgöra en etisk plattform eller raster, att användas som grund för beslut. I propositionen till införandet av principerna sägs att de innebär en förstärkning av vårdens grundtema, d.v.s. en *god vård på lika villkor*.⁸¹

Främst är människovärdesprincipen, vilken innebär att social status, ålder, kön eller liknande, inte får bli avgörande i frågor om vem som skall ges vård, eller hur kvaliteten på vården som ges skall vara. Vidare framträder behovs- och solidaritetsprincipen i 2§ HSL ovan. Denna grundregel skall tolkas så att befintliga resurser skall satsas där behovet är som störst. Solidaritetsdelen visar att behoven hos de svagaste i samhället bör beaktas särskilt. Det finns också en princip om kostnadseffektivitet, vilken inte framgår uttryckligen i lagtexten. Innebörden av denna princip är att åtgärders kostnad skall stå i rimlig relation till effekten hos patienten, avseende såväl hälsa som livskvalitet.

⁸⁰ SOSFS 1993:17

⁸¹ Prop 1996/97:60, s.19

Det är viktigt att poängtera att kostnadseffektivitetsprincipen inte får innebära att ”---man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla---⁸²”. Sistnämnda princip är underordnad de två första och skall sålunda inte vara avgörande.

7.5. Övrigt patientskydd

Hälso- och sjukvårdslagens 2a§ anger att bestämmelserna ovan gäller såväl vård i offentlig som privat regi. Det är, såsom nämnts tidigare, kommunerna som svarar för äldrevården och landstingen som handhar större delen av övrig sjukvård. Notera här att landstingen ansvarar även för de läkare som agerar inom ramarna för de särskilda boendeformerna. Bemyndigande till landstingen och kommunerna att lägga ut vård på entreprenad eller liknande ges i 3§ 3 st HSL respektive 18§ 5 st HSL. Det är däremot inte möjligt att överlåta uppgifter vilka innebär myndighetsutövning. Vidare finns bestämmelser om kvalitetssäkring i verksamheterna, vilket preciseras i föreskrifter och allmänna råd ifrån Socialstyrelsen (SOSFS 1996:24). Föreskriften ger handlingsregler för hur bestämmelsen i 31§ HSL skall tillämpas och tillsammans skall föreskriften och 31§ HSL, garantera att kvaliteten upprätthålls i de olika vårdformerna, samt att kontrollsystem finns. I nämnda SOSFS sägs att ”ett kvalitetssystem skall tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvaliteter och dess resultat för personal, patienter och omvärld. Tydligheten bildar en säker grund --- och lägger också grund för patienternas och andra intressenters förtroende för vården⁸³”.

Det finns också möjligheter till ersättning vid skada inträffad i vården genom Patientskadelagen (1996:799). Vad gäller skador krävs vidare att varje vårdgivare har en försäkring som skall täcka skador ersatta genom Patientskadelagen. Vård bedriven genom entreprenad på uppdrag av offentlig vårdgivare, skall försäkras främst genom den offentliga vårdgivaren och inte uppdragstagaren.⁸⁴ Det är självfallet även möjligt att söka skadestånd för skada uppkommen i vården enligt Skadeståndslagen (1972:207). En sådan möjlighet får dock ses som främst teoretisk. Bevisbördan läggs i ett sådant fall på patienten och det är upp till denne att visa på åtminstone ett culpöst agerande ifrån sjukvårdspersonalen.

⁸² Prop 1996/97:60, s.22

⁸³ SOSFS 1996:24

⁸⁴ Backerling, Juridik i vården, s.70

Även vid krav som grundas på landstingens principalansvar för sina anställda, måste oaktsamt agerande konstateras vilket medför uppenbara svårigheter. Patientskadelagen däremot är en ”no-fault” försäkring, vilket medför en lättnad för patienten ur bevisbördehänseende. En formell övervakning av sjukvården ges genom Lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården (Tillsynslagen 1996:786), där möjlighet ges att utfärda förbud för verksamheter i vissa fall. Det är Socialstyrelsen som agerar tillsynsmyndighet, såväl för offentlig verksamhet som för de alternativa driftformerna.

Utöver ovan bör något nämnas om patientnämnderna. Dessa nämnder återfinns i varje landsting och kommun, även om kommunerna ofta överlåter uppdraget till landstingen. Patientnämnderna har till uppgift att hjälpa patienten tillrätta i förhållandet med ex. en vårdgivare. Uppkommer kommunikationsproblem är det till patientnämnden vårdtagaren bör gå. Nämnderna har inte till uppgift att utdöma disciplinpåföljder av olika slag, utan skall i sådana ärenden hänvisa till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Nämndernas funktion är således att agera rådgivare till patienten. Tidigare var benämningen förtroendenämnder, men för att betona att tanken var att stötta patienten skedde namnbyte till följd av en lagändring i januari 1999 (1998:1656).⁸⁵ Tanken är också att nämnderna skall bidra till det ständigt pågående kvalitetsutvecklingsarbetet i vården, genom att rapportera oroande trender till Socialstyrelsen. Rapportering skall ske över vilka ärenden som dominerat utan att nämna enskilda patienter, samt inom vilka verksamheter utvecklingen ter sig oönskad. Patientnämnderna kan handha ärenden vilka avser all offentligt finansierad vård oavsett driftform. Vård på entreprenad faller således in under ansvarsområdet, dock inte vård vilken såväl produceras som finansieras privat.

Slutligen handhar Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) såväl ärenden sprungna ur offentligt driven vård, som ur den alternativt drivna. Möjlighet finns således att anmäla personal för felaktigt utförda sjukvårdsuppgifter vilka företagits uppsåtligen eller av oaktsamhet. Anmälan kan göras av patienten själv, i vissa fall en närstående, Socialstyrelsen, JK eller JO. Leder anmälan till beslut om disciplinpåföljd kan detta rendera en erinran eller varning för den sjukvårdsanställda, där erinran är den mildare formen. Det finns även utrymme för att införa provotid, inskränka förskrivningsrätten, eller i vissa fall dra tillbaka individens legitimation eller annan behörighet.

⁸⁵ Prop 1998/99:4, s. 38

Vidare finns det en tvåårig preskriptionstid, inom vilken den anmälda måste ha underrättats om anmälan. Aktuella bestämmelser återfinns i 5 kap LYHS. Hälso- och sjukvårdsnämndens arbete tas upp mer utförligt nedan i avsnitt 9.

7.6. Relevant EG-rättslig lagstiftning

I och med Sveriges medlemskap i den europeiska gemenskapen finns ytterligare en möjlighet för den svenske patienten. Förordning⁸⁶ 1408/71 ger under vissa omständigheter svenska patienter möjlighet att söka vård i andra EU-länder och få vården bekostad utav offentliga svenska medel. Förordningen har i skrivande stund inte inneburit någon revolution inom vårdområdet, men bör självfallet nämnas då den är tillämplig i Sverige. Förordningen innebär att en patient kan söka tillstånd att få vård i ett annat land om vården ingår i det svenska vårdutbudet, men av en eller annan anledning inte går att få tillgång till inom rimlig tid i Sverige. En normal väntetid i det egna landet måste dock accepteras av patienten. Det finns däremot inga exakta tidsgränser angivna för hur lång väntetiden maximalt får vara. Här skall även vägas in om patienten har en livshotande sjukdom och vård skulle kunna ges omedelbart, utanför men inte inom Sveriges gränser.

Efter tillägg till förordningens centrala bestämmelse, Art. 22, omfattas numer samtliga invånare i landet, till skillnad från tidigare då bestämmelsen främst syftade på migrerande arbetstagare. Grundläggande är att den som omfattas av den svenska socialförsäkringen också ges rätt att söka vård i en annan EU-stat med stöd av förordning 1408/71. Dock finns ett krav på att patienten måste söka tillstånd för att få vård i annat land, vilket görs hos Försäkringskassan. Tillstånd får inte vägras patienten på grund av att vården i det tilltänkta landet anses för kostsam. Grundtanken med förordningen är att medlemsstaterna skall sträva åt att det skall råda fri rörlighet inom den europeiska gemenskapen⁸⁷, inte bara för varor och tjänster utan även för sjuka personer.

⁸⁶ För EG-rättens förhållande till svensk lagstiftning redogörs ej här. Intresserad läsare hänvisas till ”EC Law” av Steiner & Woods eller ”Europarättens grunder” av Ulf Bernitz.

⁸⁷ Vahlne Westerhäll, Vårdförmåner och migration. Möjligheterna till planerad sjukvård inom EU för personer bosatta i Sverige, ur Festskrift till Fredrik Sterzel, s. 443. Vahlne Westerhäll beskriver här utförligt bl. a. nämnda bestämmelse, diskuterar problematiken och hänvisar till relevanta rättsfall. Läsning av skriften rekommenderas den som önskar en mer ingående beskrivning av rättsområdet.

Förordningen skiljer sig ifrån den svenska patientlagstiftningen på en avgörande punkt, såttillvida att den har karaktär av en legal patienträttighet. Dels kan bestämmelsen ge rätt att kräva vård i sig och dels är det även möjligt att få till stånd en överprövning av det fattade beslutet⁸⁸. Självfallet förutsätter det att kriterierna är uppfyllda, vilket torde ske i ett relativt litet antal fall. Inte minst beror det på att det saknas givna tidsramar inom vilka vård måste ges för att inte vårdköerna i det egna landet skall anses oacceptabla. Tänkbart är ändå att förordningens betydelse ökar framgent, inte minst om den blir mer känd hos allmänheten. Förvisso skulle det kunna sägas att en ökning på sätt och vis vore ett nederlag för den svenska sjukvården. Den grundläggande orsaken till att söka vård utanför Sveriges gränser torde vara att vård inte kan erbjudas inom rimlig tid i Sverige, vilket självfallet vore beklagligt.

Nämnas bör att jag tyvärr ej funnit tid att undersöka hur många ansökningar om tillstånd som lämnats till Försäkringskassan, vilket självfallet vore intressant att få reda på. Såvitt jag känner till finns enbart ett fåtal fall där tillstånd faktiskt givits att söka vård utanför Sveriges gränser. Av uppenbara skäl torde Försäkringskassorna vara mycket restriktiva i sin tillämpning av bestämmelsen, även om tanken är att den skall tillämpas generöst. Vahlne Westerhäll uttrycker det hela på följande vis: ”Med den högteknologiska sjukvård av internationell världsklass som finns i Sverige torde det aldrig bli fråga om ett svenskt utlandsvårdsökande av en sådan omfattning att fara skulle uppstå för svensk hälso- och sjukvård⁸⁹”. Som jag ser det är det troligast att förordningens största betydelse torde vara som påtryckningsmedel i arbetet med att upprätthålla en god och lätt tillgänglig vård i det egna landet.

7.7. Framtida riktlinjer och ny lagstiftning

7.7.1. Alternativa former uppmuntras

Genomgående talas det varmt ifrån regeringshåll för att förändra vården, även om kritik framförts att vissa landsting, framför allt Stockholms, gått lite för långt med utförsäljningarna.

⁸⁸ Vahlne Westerhäll ur Festskrift till Fredrik Sterzel, s. 440.

⁸⁹ Vahlne Westerhäll ur Festskrift till Fredrik Sterzel, s. 449.

I regeringens nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården⁹⁰ anges riktlinjerna för de närmsta årens hälso- och sjukvårdsarbete. Riktlinjerna är allmänt hållna och de olika politiska partierna kan säkert vara överens i merparten av frågorna. I propositionen sägs att målet *god vård på lika villkor* skall stå fast, men att det krävs utveckling på flera områden för att målet skall uppnås. Ett antal exempel ges på vad som behöver förbättras. Det handlar bl. a. dels om att patienten skall ges större inflytande och dels att vården måste förbättra sin tillgänglighet. Vidare sägs att vården även i fortsättningen skall vara skattefinansierad, vilket anges som den bästa garantin för att vården ges rättvist efter behov.⁹¹ En central del av välfärden uppges vara att vården finns till hands för alla, när den behövs. Även om de nationella riktlinjerna sålunda är givna konstateras att det inte är möjligt, eller önskvärt att sjukvården ser likadan ut i hela landet. De regionala skillnader som finns måste visas hänsyn och sålunda skall vården såväl beslutas som styras närmare patienten, enligt de lokala förutsättningar som finns.

Det mest intressanta i den nationella handlingsplanen är ändå de uttalanden som görs angående vårdproducenterna, eller vårdgivarna som de kallas i propositionen. Landsting och kommuner skall ”stimulera alternativa driftformer⁹²” i den öppna vården genom att ge möjlighet för privata, kooperativa och ideella vårdgivare att sluta avtal. Arbetsformerna i vården måste utvecklas, sägs det, och de alternativa driftformerna sägs kunna bidra med såväl nytänkande som erfarenhet. Ett varnande finger höjs dock för att de nya driftformerna inte får innebära ett sämre samarbete mellan de olika vårdleden. Produktiviteten skall vara hög i vården och effekten för vårdkonsumenten god. Sammanfattningsvis är regeringen sålunda mycket positiv till alternativa driftformer, dock ej i den slutna vården. Noteras kan att när man nämner att det finns positiva erfarenheter av alternativa driftformer anges det inte vilka erfarenheter som avses. Det nämns heller inte om det är nationella eller internationella förebilder som åsyftas. Det finns vidare inga angivelser på hur stor del av vården man ifrån regeringshåll önskar skall utgöras av alternativa driftformer. Detta, möjligen medvetna underlåtande, går igen historiskt. I en av HSU 2000:s expertrapporter konstaterades att ”det är i dag inte möjligt att konstatera vilket som är den bästa eller önskvärda vårdstrukturen för svensk sjukvård, t.ex. fördelningen mellan privata och offentliga producenter⁹³”.

⁹⁰ Prop. 1999/2000:149

⁹¹ Prop. 1999/2000:149 p. 6

⁹² Prop. 1999/2000:149 p.7.4

⁹³ SOU 1993:38, s.228

Frågan om fördelningen mellan offentliga och alternativa driftformer kvarstår sålunda. Det enda riktigt klara politiska beskedet rör driften av akutsjukhus, se nedan 7.7.2.

Ifrån den motsatta politiska sidan, låter tongångarna rörande den svenska sjukvården något annorlunda. Önskemål finns ex. ifrån moderat sida att hela det nuvarande sjukvårdssystemet skall omarbetas. Alternativet skulle, enligt de moderata politikerna, vara ett system med en obligatorisk sjukförsäkring.⁹⁴ Samtliga invånare skulle garanteras en dylik försäkring och sedan kunna ansluta sig till en försäkringskassa, offentlig eller privat, vilken i sin tur skulle ombesörja att patienten fick vård hos offentlig eller privat vårdgivare. Den obligatoriska sjukförsäkringen skulle omfatta ett grundläggande skydd. Det skulle inte vara möjligt för en försäkringskassa att neka en patient tillträde. Utöver den obligatoriska sjukförsäkringen skulle det stå var och en fritt att teckna ytterligare privata försäkringar, för vilka fri konkurrens skulle råda. Sammanfattningsvis har det moderata förslaget stora inslag ifrån de internationella sjukvårdssystemen. Det går att se influenser ifrån systemen i såväl Nederländerna som Tyskland, samt drag av det amerikanska systemet med HMO's (se beskrivning nedan i avsnitt 8.2.). Grundtanken i förslaget är att det skall råda fri konkurrens på sjukvårdsmarknaden. Håller en vårdgivare inte tillräcklig nivå på kvaliteten på den vård som ges, kommer allt färre patienter att välja att söka vård där. I förlängningen kommer det att leda till att vårdgivaren konkurreras ut.

7.7.2. Inskränkningar i driftformerna

På sista tiden verkar dock förändringens vind blåst lite för kraftigt för vissa politiker. Redan under 1999 uttalade socialminister Lars Engqvist i en artikel i Dagens Medicin att det fanns långt framskridna planer på att försöka förbjuda försäljning av akutsjukhus till vinstdrivande företag. I oktober i år 2000, kom så propositionen med lagförslaget. Lagändringen har för avsikt att hindra att akutsjukhus drivs med syfte att dela ut en ev. vinst till ägarna. Rent konkret sker det genom ett tillägg till 3§ HSL, vilket säger att driften av akutsjukhus inte får ”--- överlämnas till den som avser att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent⁹⁵”.

⁹⁴ Motion 1999/2000:So274

⁹⁵ Prop. 2000/01:36

I propositionen sägs att det är viktigt att inte låta kommersiella intressen ta överhanden i sjukvården, vilket kan försvåra möjligheten att uppnå de grundläggande målen för vården. Vidare hävdar propositionen att handlingsutrymmet för landstingen begränsas om vårdgivaren strävar efter vinst. Risken finns att vårdgivaren väljer andra patienter än de offentligt finansierade och vidare finns enligt regeringen även risken att sjukhuset läggs ner om det inte är lönsamt. Lagen träder i kraft 1 januari 2001 och gäller till utgången av år 2002. Lagen gäller inte sjukhus för vilka avtal redan tecknats. Sålunda berörs inte St. Görans sjukhus i Stockholm av de nya bestämmelserna.

Diskussionerna kring lagförslaget har varit många och hetsiga. Bland de som reagerat kraftigast finns bl. a. den borgerliga politiska majoriteten i Stockholms läns landsting. Kritik framförs att det nya lagförslaget visar en ”förlegad syn på sjukvården⁹⁶” och att väljarna själva faktiskt valt att genomföra stora förändringar i Stockholmsregionen. Återigen visar det sig att det finns ett stort mått av politiska ideologier bakom diskussionerna, när socialminister Engqvist kontrar med: ”---invändningarna är inte sakliga utan politiska. Om man inte tycker att det här området skall regleras så hittar man argument för det.⁹⁷” Finanslandstingsråd Ralph Lédel kontrar med att kalla socialministern för ”demokratins dödgrävare” och säger helt öppet att i Stockholm kommer man att göra allt man kan för att direkt kringgå den nya lagbestämmelsen.⁹⁸ Detta, något provokativa uttalande, borgar för en fortsatt hetsig debatt i frågan om privatiseringar inom sjukvården.

Nu är det dock så att det inte är enbart politiska motståndare som framfört synpunkter på lagförslaget. Även Lagrådet hade ett antal anmärkningar vid remissförfarandet och var inte nådiga i sin kritik. Enligt Lagrådet stred lagändringen mot det kommunala självstyret och troligen även mot EU-rättslig reglering. Lagrådet ansåg vidare att det går att uppnå önskat resultat genom att knyta en avtalsrättslig sanktion till avtalet mellan ex. landstinget och vårdgivaren. Genom att införa en sådan bestämmelse i HSL kunde också, enligt Lagrådet även andra vårdinrättningar än akutsjukhus omfattas. Ifrån regeringshåll avfärdades denna invändning, liksom, på det hela taget, alla övriga. Det sades att det skulle finnas risk för besvärliga juridiska tvister med ekonomiska uppostringar för landstingen som ev. följd. Vad rådet ifrågasatte var dels valet av just akutsjukhusen som mål för begränsningar.

⁹⁶ Dagens Medicin 2000-04-18

⁹⁷ Dagens Medicin 2000-06-14

⁹⁸ Pressmeddelande 2000-12-07, www.sll.se

Lagrådet saknade förklaring till varför just den delen av vårdapparaten valts ut och sade dessutom att det vore lätt att kringgå bestämmelsen. Just lättheten att kringgå bestämmelsen lyste igenom på flera punkter. Dels uppmärksammades den tänkbara situationen att ett sjukhus drivs med vinstsyfte i samtliga avdelningar utom akutmottagningen och kallar denna mottagning i sig själv för ett akutsjukhus. Vidare skulle det enligt Lagrådet vara möjligt att kringgå rekvisitet rörande vinstsyfte genom att utdelningen sker genom andra bolagsrättsliga åtgärder än utdelning till aktieägarna. Som svar på sistnämnda argument framhölls ifrån regeringshåll att det skall göras en helhetsbedömning av de syften en vårdgivare kan antas ha med verksamheten. Denna helhetsbedömning medför, enligt propositionen, att risken för kringgåenden kommer att vara mycket liten.⁹⁹ Lagrådets sammanlagda intryck låg så slutligen till grund för följande kritiska uttalande: ”--- leder till slutsatsen att det allvarligt kan ifrågasättas om det föreslagna förbudet tillgodoser syftet och om inte tillämpningsproblemen kommer att bli betydande.¹⁰⁰”

I skrivande stund har lagförslaget just antagits av riksdagen. Socialdemokraterna fick stöd av vänsterpartiet samt miljöpartiet för att få till stånd en ändring. Det borgerliga blocket motsatte sig väntat förslaget. När nu beslutet är taget träder lagen i kraft 1 januari 2001 och gäller två år framöver. Vi går onekligen en mycket intressant tid till mötes. Det återstår att se om förbudet kommer att förlängas efter den inledande provotiden eller ej. Det återstår också att se om debatten kommer att utökas till att gälla inte enbart akutsjukhusen, utan även andra vårdinrättningar.

8. Internationell utblick

8.1. Allmän orientering

Att se på internationella lösningar för sjukvården är intressant på flera sätt. I andra länder finns erfarenheter sedan en lång tid tillbaka av andra sjukvårdssystem än det som finns här. Vidare finns en del undersökningar om hur vården verkligen fungerar.

⁹⁹ Prop 2000/01:36 s.20

¹⁰⁰ Prop 2000/01:36 s.33

Det råder än så länge en relativ brist på liknande undersökningar, med vissa undantag, för de svenska sjukvårdsalternativen. Naturligtvis är det givande att göra jämförelser, såväl för att kanske söka bromsa en oönskad utveckling, som för att driva de frågor vilka rönt framgångar internationellt sett. Det ligger, som jag ser det, en sanning i påståendet ”inget sjukvårdssystem kan utgöra sin egen referens¹⁰¹”. Det torde alltid vara värdefullt att göra jämförelser. Samtidigt bör man vara uppmärksam på att sådana inte alltid är lätta att göra, eftersom länderna i sig har så olika förutsättningar, såväl kulturella som geografiska. Som framgår nedan finns det ett mycket stort antal varianter för att tillhandahålla sjukvård.

Tabell 3. Huvudsaklig finansiering och vårdgivarform i ett urval länder

| | <i>Främst offentliga vårdgivare</i> | <i>Främst privata vårdgivare</i> | <i>Jämn fördelning av vårdgivare</i> |
|--|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <i>Främst skattefinansierad vård</i> | Sverige, Danmark, Norge, Spanien, Storbritannien, Portugal, Irland, Grekland | Kanada | Australien, Nya Zeeland |
| <i>Främst finansiering via socialförsäkring</i> | | | Belgien, Japan, Luxemburg |
| <i>Främst off. finansiering, starkt inslag av privata försäkringar</i> | | Nederländerna, Österrike, Schweiz | Frankrike, Tyskland |
| <i>Främst privata försäkringar</i> | | USA | |
| <i>Starkt inslag av patientfinansiering</i> | | Turkiet | |

Grundläggande för sjukvårdssystemen i stort är att det finns två typer av finansieringssystem, skattefinansiering och försäkringsfinansiering. Vården i sig kan sedan utföras av antingen offentliga eller privata vårdgivare. Det finns sålunda en rad olika kombinationsmöjligheter. Det finns exempel på länder där man valt en offentligt finansierad vård som utförs av i huvudsak privata vårdproducenter och länder där vården produceras av offentliga vårdgivare. Samtidigt finns det en rad olika sammanställningar vilka kan vara nog så intressanta.

¹⁰¹ SOU 1994:115 s.9

I Kanada är vården, likt i Sverige i huvudsak skattefinansierad, men utförs istället av privata vårdproducenter. Storbritanniens system liknar i grunden det svenska, så till vida att vården såväl finansieras som produceras offentligt. Det finns också länder, bl. a. Nederländerna, Österrike, Frankrike och Tyskland, där finansieringen sker genom en offentlig försäkring som i sin tur kompletteras med privata försäkringar. Frankrike och Tyskland har en relativt jämn fördelning vad gäller privata och offentliga vårdproducenter till skillnad från ex. Nederländerna, där vårdproducenterna till större delen är privata. Det land där man gått längst med privatiseringar och huvudsakligen andra lösningar än en offentlig vård är utan tvekan USA. Generellt sett visar undersökningar att i länder där vården är skattefinansierad existerar ofta problem med köer, inflexibilitet samt ineffektivitet p.g.a. brist på incitament.¹⁰² I länder där vården är försäkringsfinansierad finns istället problem med höga totalkostnader, då administrationen av systemet är krävande.

8.2. Det amerikanska sjukvårdssystemet

Att jämföra sjukvården i USA med den vi har i Sverige kan möjligen uppfattas som att jämföra äpplen med päron, då skillnaderna mellan systemen är så stora. Dessutom är målsättningen för den amerikanska sjukvården en helt annan än den i Sverige. Medan sjukvården i Sverige ses som ett kollektivt ansvar och en del i den svenska välfärden, är den i USA främst ett individuellt ansvar, där hjälpsystem träder i kraft i princip först när de egna ansträngningarna misslyckats.¹⁰³ Likväl uppges USA vara det land i världen där systemet för kontroll av sjukvården är det mest avancerade.¹⁰⁴ Av de totala sjukvårdsutgifterna, vilka är de högsta i världen per capita, uppges knappt hälften ersättas genom offentliga medel¹⁰⁵, vilket är mycket lågt i jämförelse med Sverige. Icke desto mindre är jämförelsen intressant. Det amerikanska sättet kan sägas vara så långt ut på skalans ena sida man kan komma. Även om utvecklingen i Sverige inte är på långt när i närheten av det amerikanska styrsystemet finns självfallet erfarenheter där att ta lärdom av.

I USA erbjuder flertalet arbetsgivare sina anställda sjukförsäkringar. Alternativt, eller därutöver, finns möjligheten att teckna privata försäkringar för vilka sedan ges skatteavdrag.

¹⁰² Reformen och strukturförändringar, Lf, s. 5 Uttalandet bygger på en rapport ifrån EU-kommissionen

¹⁰³ Arvidsson & Jönsson, Sjukvård i andra länder, s.10

¹⁰⁴ Internationell jämförelse av sjukvården, Lf, Faktadeln bygger på uppgifter ifrån WHO

¹⁰⁵ Carlson, Den amerikanska välfärdsvägen, s.126

De privata försäkringarna medför ofta att det står var och en relativt fritt att välja vårdproducent. Har en individ inte finansiella möjligheter att teckna privata försäkringar, eller har personen i fråga inget arbete, finns ett federalt system kallat Medicaid, som avser att finansiera vården för dessa individer. Det finns också ett motsvarande system dels för unga människor med kroniska sjukdomar och dels för de äldre, benämnt Medicare. I första hand täcker Medicare kostnader för akutsjukvård, men möjlighet finns för de äldre att teckna en subventionerad tilläggsförsäkring även för annan vård.

Ett system på stark frammarsch är de s.k. Health Maintenance Organisations (HMOs). Innebörden av dessa är att en person betalar en avgift till ett försäkringsbolag, vilket ger ett slags medlemskap som i sin tur garanterar vård. Försäkringsbolaget har ett antal vårdgivare knutna till sig. Det är på det viset förutbestämt var patienten får söka vård, vilket i sig kan sägas minska valfriheten för den enskilde. Däremot råder konkurrens mellan de olika HMOs, vilket gör att patienten redan i inledningsstadiet kan styra sitt vårdval. HMOs fungerar sålunda som både försäkringsbolag och huvudman för vårdgivarna. Fördelen med HMOs har visat sig vara att försäkringsbolagen har haft lättare att kontrollera vårdproducenternas kostnader, vilket gynnat patienterna i form av lägre premier. Övriga privata försäkringsbolag, som enbart agerar finansiärer, har inte kunnat minska sina kostnader i motsvarande mån.

En intressant företeelse i USA är att det finns åtskilliga vårdinrättningar som drivs av frivilligorganisationer. Det finns ett stort antal sjukhus med ursprung i kyrkliga organisationer, välgörenhetsorganisationer och kloster.¹⁰⁶ Över hälften av samtliga sjukhus är privata och icke-vinstsyftande, medan ungefär tio procent drivs med ett uttalat vinstsyfte. De icke-kommersiella sjukhusen ger i viss mån vård även till de som inte har adekvata försäkringar.¹⁰⁷ För att täcka kostnaderna för detta arbete har premierna för de privata sjukförsäkringarna höjts. Tillvägagångssättet har skett i det fördolda och orsakat klagomål bland de privatförsäkrade. Det är osäkert huruvida denna effekt av rådande system kommer att kvarstå eller ej. Det finns vidare, sedan lång tid tillbaka, en folklig förankring för frivilligarbete och enligt uppgift innebär arbetet som utförs frivilligt i hälsovården (vidare begrepp än enbart sjukvård) nära ofattbara 2,5 miljoner årsarbetare.¹⁰⁸

¹⁰⁶ SOU 1996:175, s.91

¹⁰⁷ Dahlgren, Framtidens sjukvårdsmarknader, s.57

¹⁰⁸ Carlson, Den amerikanska välfärdsvägen, s.136

Det som kan te sig stötande med det amerikanska systemet är att en stor del av befolkningen inte omfattas av *någon* sjukförsäkring. Visserligen finns, som nämnts ovan, Medicaid, men det träder in vid vissa inkomstgränser. Dessa gränser avgörs i varje delstat för sig, vilket har medfört att även om en individ lever under existensminimum federalt sett, kan gränsen i den egna staten vara en annan. Individerna kan således vara fattiga, men inte tillräckligt fattiga för att omfattas av Medicaid och heller inte solventa nog att bekosta sin egen vård. Kontentan har blivit att cirka 15 procent av den amerikanska befolkningen är helt oförsäkrade.¹⁰⁹ Det finns också ett stort antal människor vilka har ett bristfälligt försäkringsskydd. Uppgifter ifrån början på 90-talet visade på att så många som 55 miljoner människor var så underförsäkrade att de riskerade personlig konkurs om de skulle drabbas av en allvarlig sjukdom.¹¹⁰ Åtgärder vidtas nu för att komma tillrätta med problemen, så att en större andel människor får möjlighet till vård.

Under Bill Clintons första presidentperiod gjordes försök att införa en slags obligatorisk sjukvårdsförsäkring, men förslaget röstades ned med kraft. Det är i dagsläget osäkert vart den amerikanska sjukvården är på väg. Från spridda håll har framförts krav på minskad affärsmässighet i vården och en ökad offentlig finansiering för att försäkra alla invånare sjukvård. Utvecklingen med Health Maintenance Organizations uppmuntras också för att få en bättre kontroll över totalkostnaderna. I ett uttalande till *The New England Journal of Medicine* under föregående hösts pågående presidentkampanj, kommenterade USA:s nye president George W. Bush bl. a. problemet med de helt oförsäkrade amerikanerna. Enligt Bush skall det i framtiden satsas på oförsäkrade barn, samt familjer med arbete vilket genererar en liten inkomst, ”working families caught between poverty and prosperity¹¹¹”. Övriga grupper utan försäkringsskydd kommenterades inte uttryckligen, dock konstaterades att det skall finnas sjukvård för alla. Några direkt omvälvande reformer framförs inte i artikeln, som dock är relativt kortfattad. Det återstår självfallet att se hur utvecklingen kommer att te sig under följande mandatperiod.

¹⁰⁹ Carlson, *Den amerikanska välfärdsvägen*, s.126

¹¹⁰ SOU 1994:115, s.106

¹¹¹ NEJM 2000-10-19

8.3. Sjukvårdssystemet i Storbritannien

Det finns många likheter mellan det traditionella svenska sjukvårdssystemet och det som återfinns i Storbritannien. Efter andra världskriget infördes en stor reform i landet. Reformen hade främst till syfte att vården därefter skulle finansieras offentligt. Tidigare fanns ett försäkringssystem vilket frångicks helt i och med reformen. Offentlig finansiering har varit ett rättesnöre sedan dess. Det existerar egenavgifter, men bl.a. pensionärer är undantagna ifrån dessa avgifter. Offentliga vårdgivare dominerar marknaden för den vård som erbjuds allmänheten skattevägen. Det finns ett relativt stort utbud av privata vårdgivare, men det är få privata vårdgivare som lyder under NHS (National Health Service). Enbart de som har avtal med NHS ersätts med skattemedel. Väljer en patient en privat vårdgivare, får sålunda patienten oftast själv bära kostnaden. För den patient som väljer att själv bekosta sin vård via privata vårdgivare, finns två alternativa betalningssätt. Antingen betalar patienten helt ur egen ficka, eller så tecknas en privat sjukförsäkring, ur vilken betalning görs. Uppskattningar har gjorts att två tredjedelar av den privata vården bekostas försäkringsvägen.¹¹² Ofta utgörs dessa försäkringar av arbetsförmåner och tecknas utav arbetsgivaren. Mer sentida uppgifter visar att även det egenfinansierade vården ökat. Antalet operationer som utförs i den privata vården och som också finansieras helt privat, har enligt uppgift ökat med 40 procent sedan 1997.¹¹³ Framförallt uppges det röra sig om höft- och starroperationer och mer sällan om operationer av livshotande åkommor. Det finns också uppgifter på att kvaliteten i den privata vården skulle vara bättre än i den offentliga. Dels rör det sig om högre kvalitet vad gäller utrustning och lokaler, men det finns även påståenden att bättre material används vid exempelvis höftledsoperationer.¹¹⁴

Nya reformer inleddes i Storbritannien under 1990-talet, och såväl samhällsdebatten i stort, som den politiska debatten, har i mångt och mycket liknat den svenska. Framförallt har kritik framförts mot att produktiviteten i vården varit för låg vilket bl. a. medfört långa vårdköer. Liksom i Sverige införs, som en del av lösningen olika beställar-utförar system. Konkurrens uppmuntras, bl. a. genom att befolkningen får välja allmänläkare och dessa konkurrerar sinsemellan. Prognosen är att sjukvården även i framtiden kommer att finansieras skattevägen, och fördelas i en nationell budget.

¹¹² Arvidsson/Jönsson, Sjukvård i andra länder, s. 27

¹¹³ Dagens Medicin 2000-04-11

¹¹⁴ Reformen och strukturförändringar, Lf, s. 16

Utbudet av privata vårdgivare spås vara fortsatt stort, särskilt inom äldreården men även i den slutna sjukården.¹¹⁵ En skillnad mot den svenska utvecklingen är att det i Storbritannien råder stark politisk enighet om att offentligt drivna sjukhus inte skall kunna säljas till privata företag.¹¹⁶ Även om olika politiska uppfattningar existerar är ändå grundtanken om att vården skall vara offentligt finansierad och tillgänglig för alla, gemensam i de politiska leden. På senare år har politikerna i Storbritannien även betonat vikten av att avtalen mellan beställare och utförare skrivs på lång sikt, gärna på fem år.¹¹⁷ Tidigare har avtalen skrivits på så kort tid som ett år, vilket har upplevts såsom alltför kortsiktigt för såväl patienter som personal. Dessutom kommer antalet beställare att minskas i framtiden, dels för att sänka de administrativa kostnaderna och dels för att få en bättre överblick över vårdbehov och vårdutbud.

8.4. Fler intressanta internationella exempel

Ett land vars sjukvårdssystem är värt att nämna är Kanada. Trots närheten till, och den stora likheten med, USA har Kanada lyckats undvika de negativa effekter som sjukården i USA till viss del uppvisar. Vården är tillgänglig för hela befolkningen och de administrativa kostnaderna klart lägre än i USA. Sjukården i Kanada är till största delen offentligt finansierad medan andelen privata vårdgivare är mycket hög. Inom den slutna vården är dock den absoluta merparten icke vinstsyftande vårdgivare.¹¹⁸ Patientens valfrihet poängteras och även mångfalden av vårdgivare. Denna mångfald har även inneburit vissa problem. Etableringsfrihet för läkare har rådit och effekten av detta har blivit att de administrativa kostnaderna ökat. Vissa begränsningar har därför införts i rätten att etablera sig i några utsatta områden.

Vad man vidare gjort i Kanada för att styra upp systemet är att begränsa möjligheterna för privata försäkringsbolag. Bolagens hindras att sälja sjukförsäkringar inom de områden vilka den offentliga vården täcker. I praktiken innebär detta att lagar stiftats vilka särskiljer viss vård, som är förbehållen den offentliga. För patienten är det möjligt att teckna privata sjukförsäkringar på andra områden än de vilka ingår i basutbudet.

¹¹⁵ Arvidsson/Jönsson, Sjukvård i andra länder, s. 48 ff

¹¹⁶ Dahlgren, Framtidens sjukvårdsmarknader, s. 51

¹¹⁷ Reformen och strukturförändringar, Lf, Storbritannien, s. 7

¹¹⁸ SOU 1994:115, s.64

Det finns också tilläggsförsäkringar till basutbudet av vård. I de fallen rör det sig om ex. försäkringen om att få enkelrum på sjukhuset, dock inte direkta vårdfrågor eller kvaliteten på själva vården. På detta sätt har man behållit en solidarisk finansiering av sjukvården.

I Nederländerna finns ett system med olika sjukförsäkringar. Den första försäkringen, AWBZ är obligatorisk, skattefinansierad och täcker främst in kronisk vård, samt vård i övrigt vilken inte anses att patienten själv kan bekosta. På senare år har allt fler sjukdomstillstånd förts in i systemet för att täckas av AWBZ. En annan försäkring finns vilken skall täcka kostnaderna för den mer vardagliga vården. Sistnämnda försäkring omfattar ungefär 60 procent av befolkningen och baseras på årsinkomst. Vidare finns ett stort utbud av privata sjukförsäkringar, vilka 40 procent av befolkningen tecknat. Under senare delen av nittio-talet infördes reglering av konkurrensen mellan de privata försäkringsbolagen. Dels finns numer maxi- och miniminivåer för premier och dels infördes ett system som skulle utjämna riskerna med hänsyn till försäkringstagarnas hälsotillstånd.¹¹⁹ Vårdgivarna är till övervägande del privata men drivs utan vinstsyfte, vilket förbjuds genom lagstiftning.¹²⁰ Till stor del har sjukhusen sitt ursprung i välgörenhetsorganisationer och religiösa stiftelser. Den offentligt producerade vården är begränsad till mindre områden som ex. skolhälsovård och smittoskydd.¹²¹ Sjukvården i Nederländerna har under ett antal år haft bekymmer med överbehandling och en hög vårdkonsumtion. Nya reformer har planerats vilka skall medföra större konkurrens och incitament att se över totalkostnaderna.

Som kuriosas kan nämnas att Frankrike är det europeiska land där störst andel av befolkningen har en kompletterande privat sjukförsäkring utöver den försäkring som tillhandahålls samtliga invånare. Cirka 80 procent av totala befolkningen har tecknat privat försäkring utöver den offentliga. Vidare uppgav WHO 1997 att många länder i Östeuropa håller på att införa sjukvårdssystem med dominans av privata försäkrare och vårdgivare. Hitintills visar det sig att det varit svårt att kontrollera totalkostnaden, vilket WHO uppger delvis bero på svaga statliga regleringsmekanismer.¹²² När det gäller sjukvårdsutgifter är numer Tyskland (tidigare låg Schweiz ständigt överst på listan) det europeiska land där störst andel utav BNP hänförs till dylika kostnader.¹²³

¹¹⁹ Reformen och strukturförändringar, Lf, Nederländerna, s. 3

¹²⁰ SOU 1999:149, s.305

¹²¹ Arvidsson/Jönsson, Sjukvård i andra länder, s. 91

¹²² Internationell jämförelse av sjukvården, Lf, Fakta i artikeln kommer ifrån WHO

¹²³ Statistisk årsbok för landstingen 2000, diagram 30

Tyskland är också ett av de relativt få länder där det finns sluten vård vilken drivs med vinstsyfte. Det sedvanliga är annars att i de länder där det finns privata sjukhus dominerar icke vinstsyftande organisationer vilka står för driften. Det är i Tyskland även möjligt att gå ur det allmänna sjukförsäkringssystemet. Innebörden blir att individen själv får tillgodose sitt vårdbehov, genom att teckna helt privata sjukvårdsförsäkringar. I vissa fall kan ett sådant utträde innebära att individen kan teckna försäkring med lägre premier än i det offentliga systemet. Oftast är det nämligen personer med såväl god ekonomi som fysisk kondition som utträder. Eftersom premien är individbaserad tecknas därmed försäkring till en lägre kostnad, då risken för försäkringsbolaget är liten.

9. Undersökning med hjälp av HSAN:s beslut

9.1. Brist på vissa fakta

Som nämnt ovan finns det ett tämligen genomgående problem i hela debatten kring alternativa driftformer i sjukvården. Problemet är brist på sammanlagda fakta, sprungna ur empiriska undersökningar, tillgängliga för den enskilde patienten. Nog existerar undersökningar i de olika landstingen exempelvis i form av att patienter får svara på enkäter på hur nöjda de är med vården. Svårigheten är att då landstingsvården är så varierande, blir jämförelser problematiska. Önskar man som patient jämföra vården inom det egna landstinget kan sålunda tänkas att visst resultat kan uppnås. Är man däremot, såsom jag är, intresserad av företeelsen alternativa vårdformer *i sig*, och dess effekter på vården, finns en hel del att önska. Det finns undersökningar internationellt och det är givetvis lärorikt att ta del av de internationella systemen, men de ger oss inte svar på direkta frågor om den svenska vården.

Noteras bör vidare att söker vi statistik i form av utförda operationer, vård dagar eller antalet sjukhusbäddar, finns mycket information att hämta. Dels finns åtskillig statistik hos Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Därutöver har flertalet av landstingen föredömliga hemsidor på Internet där rena fakta vad gäller det egna landstinget finns uppräknade. Flera landsting ligger också i startgroparna med jämförande statistik, där såväl patientupplevelser som statistiska uppgifter om vården skall sammanställas för att bli lättöverskådliga.

Vad jag i mitt arbete sökte besvara var dock en specifik fråga vilken jag inte kunde finna svar på, vare sig i doktrinen eller hos landstingen. Finns det något samband mellan fattade beslut med påföljd hos HSAN och formen vården bedrivs i? Är det så att privata vårdgivare råkar ut för fler beslut med påföljd än den offentliga vården, eller är förhållandet det omvända? Givetvis måste en sådan siffra ställas i relation till totala andelen alternativa driftsformer respektive offentlig vård, för att få något värde. Häri ligger ytterligare en svårighet, nämligen den att få en korrekt siffra på hur stor andel som egentligen utgörs av alternativa driftsformer. Om denna beräkning följer mer nedan i avsnitt 12.

9.2. Problem vid informationssökning

I mångt och mycket är den brist på fakta jag redogjort för ovan snarare en brist på, för den enskilde patienten, *åtkomliga* fakta. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har sitt säte i Stockholm. Det existerar idag inget nationellt register med statistik över nämndens beslut. Socialstyrelsen har upprättat Riskdatabasen (RDB) där många, dock inte alla, beslut återfinns tillsammans med de s.k. Lex-Maria fallen. Denna databas är dock inte tillgänglig för allmänheten även om viss statistik finns sammanställd i rapporten RiskRonden (dock inte senare än 1997). Arbete pågår med att göra Riskdatabasen sökbar internt och därefter är tanken att den i framtiden skall läggas ut på Internet.¹²⁴ Förvisso finns även många av HSAN:s beslut återgivna i Läkartidningen, men de är inte tillgängliga för allmänheten.

En privatperson som vill ha information om besluten ges sålunda två möjligheter. Dels går det att kontakta HSAN via brev, telefon eller e-post för att söka information om en enskild vårdgivare. Om jag som patient, i de fall det är möjligt ämnar välja mellan två olika vårdgivare kan HSAN bidra med information om dessa två. Det blir dock svårare om jag vill välja mellan ett stort antal vårdgivare inom det egna landstinget eftersom söksystem saknas. Även om det vore teoretiskt möjligt att genomföra, skulle det innebära väldigt mycket arbete och är ingen tjänst som erbjuds hos HSAN. Den andra möjligheten för en privatperson är att personligen besöka kontoret i Stockholm. Där finns samtliga beslut tillgängliga, som dokument i pärmar. Det är därmed möjligt att bläddra igenom alla pärmar för att få en mer ingående bild.

¹²⁴ Information ifrån M. Carneland, Socialstyrelsen 2000-12-21

Eftersom det tas flera tusen beslut per år och varje beslut kan bestå av åtskilliga dokument är det självskrivet att en sådan metod är minst sagt tidskrävande. Likväl var det den metod jag använde mig av. Det finns dock en liten möjlighet till genväg i sökningen efter information. HSAN sammanställer dagligen s.k. presslistor, över fattade beslut vilka medfört någon slags åtgärd, disciplinpåföljd eller annan. Listorna är tänkta att ge snabb information till bl. a. journalister men kan självfallet studeras av allmänheten.

I dagens informationssamhälle ter det sig för mig ålderdomligt att allmänheten inte ges större möjlighet till insyn i nämndens arbete. Självfallet existerar en sådan rättighet, men är den inte snarare teoretisk när sökvägarna är så få? Nämndens beslut är alltid offentliga och därmed tillgängliga för allmänheten, men ur patientsynpunkt är jag tveksam om denna rätt till insyn verkligen kan anses utkrävbar. Det torde för många människor vara närmast omöjligt att själva söka information med rådande system. Dessutom är det givetvis en ekonomisk fråga i kostnader för resa och uppehälle. Om än tidsödande, vore det långt ifrån ogörligt att systematisera samtliga beslut i ett sökbart datasystem. Här vill jag å det starkaste infoga att jag fick mycket god hjälp av personalen vid HSAN. Jag fick tillgång till pärmar vilka inte fanns framme för allmänheten, för att underlätta min sökning och jag fick råd om hur jag kunde gå tillväga. Jag fick dessutom förfrågan om det var något ytterligare jag ville ha hjälp med och fick då vissa uppgifter framplockade ur det interna dataregistret. Jag vill sålunda poängtera att min kritik riktar sig mot systemet som sådant och inte mot enskilda individer.

9.3. Tillvägagångssätt

Rent praktiskt genomförde jag min informationssökning på följande sätt. Jag tillbringade tre hela dagar hos HSAN. Jag inriktade först min sökning på diarieförda beslut under år 2000. Tidsspannet var 2000-01-01 t.o.m. 2000-10-26 (sista datumet för undersökningens genomförande). Här finns samtliga beslut, även de av enklare slag, vilket gör att antalet blir stort då många av dem kan behandlas mycket snabbt, av en enda person. Vidare sökte jag genom alla tagna nämndbeslut under samma tidsperiod. Här återfinns även ärenden inkomna under föregående år, främst 1999. Nämndbesluten är av mer komplicerad natur och kräver längre förberedelsetid, vilket förklarar den eftersläpning i tid som blir. De mer komplicerade fallen inkomna år 2000 kommer således troligen inte att fattas beslut över förrän nästföljande år.

Bland alla beslut jag sammantaget fick fram, återfanns självfallet ett stort antal vilka inte medförde någon disciplinpåföljd. Mest för kuriosa (men även som säkerhetskontroll av min egen sökning) gick jag även igenom samtliga presslistor, under ovan nämnda tidsperiod. Här fanns samtliga beslut vilka lett till någon slags åtgärd. Presslistorna utgörs oftast av ett dokument per dag, ibland fler, och jag var självfallet noga med att se till att samtliga datum fanns med.

Min främsta avsikt med att besöka HSAN var att kontrollera i vilken vårdform de ärenden som medfört disciplinpåföljd skett. Dels beror denna begränsning på att få ett mer hanterbart antal beslut, men framför allt vore det felaktigt att peka ut de vårdinrättningar som anmälts, där HSAN funnit att inga misstag begåtts. Någonstans ser jag likväl att ett stort antal anmälningar i sig kan utgöra en indikator, inte på felbehandling men möjligen kommunikationsproblem. Det händer dessutom att nämnden uttalar sig att ett agerande kan vara olämpligt, om än inte direkt felaktigt. Här måste dock också påpekas att det vid min undersökning framkom tydligt att många anmälningar grundade sig på okunskap hos patienten, tragiska livsöden, relativt ofta en önskan om att bara få göra sin röst hörd, men ibland också rent okynne. Det bör poängteras att patientens upplevelse av en situation i mångt och mycket är subjektiv och därför skall anmälan ges ringa, eller inget värde statistiskt sett, om den inte medför åtgärd eller åtminstone ett kritiskt uttalande vid HSAN:s bedömning. Min mening var självfallet inte att peka ut enskilda individer, eller ens vårdinrättningar, utan snarare söka samband om sådana fanns, mellan driftform och utfall.

I de allra flesta beslut framgår det inte huruvida vårdgivaren är offentlig, privat eller drivs i någon annan form. I enstaka fall framgår det av namnet på vårdgivaren (aktiebolag eller dylikt) och i andra fall är vårdgivaren välkänd antingen som offentlig vårdgivare eller alternativ sådan. För att kunna utröna i vilken vårdform felet begåtts var jag tvungen att först konstatera till vilket landsting respektive vårdgivare hörde. Därefter kunde jag kontakta varje landsting för sig för att förhöra mig om driftformerna av de aktuella vårdinrättningarna. Samtidigt ställde jag också frågan hur stor andel av vården i landstinget som utgörs av alternativa vårdformer respektive offentlig vård, samma fråga som även ställdes till samtliga patientnämnder (se nedan avsnitt 11 samt 12).

9.4. Resultat av undersökningen

9.4.1. Informationsavvikelser

Först och främst måste jag påpeka vissa brister i systemet med tillhandahållande av beslut hos HSAN. Jag fick tidigt intrycket att systemet med kopierade beslut i pappersform var sårbart. Det visade sig att mina farhågor stämde. När jag jämförde resultaten av alla de beslut jag fått fram med de s.k. presslistorna, fanns *stora* skillnader. Det antal beslut jag fått fram där disciplinpåföljd eller annan åtgärd meddelats, översteg med råge besluten med påföljande åtgärd enligt presslistorna. Hela 76 disciplinpåföljder (i något färre ärenden, eftersom varje ärende kan rendera mer än en disciplinpåföljd) saknades i presslistorna. Detta kan inte anses annat än synnerligen allvarligt. Antalet personer vilka liksom jag går igenom samtliga beslut får antas vara mycket begränsat. Mer troligt är att den patient som har intresse av dylika frågor går till de s.k. presslistorna, som just är avsedda för att ge snabb och lättillgänglig information till journalister och privatpersoner.

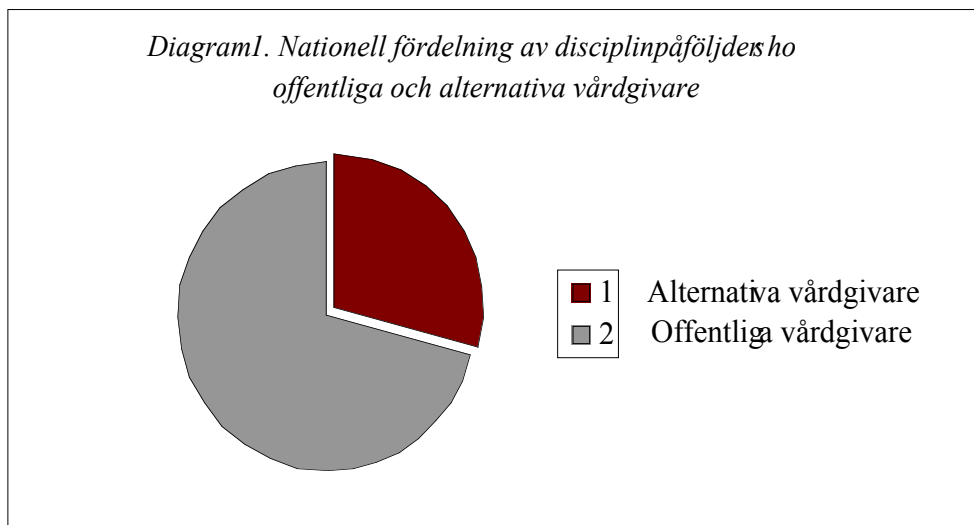
Det var också en handfull beslut som fanns i listorna men inte bland de samlade besluten. Att så var fallet är mer förståeligt. Enstaka beslut kan ha tagits ur en pärm för att ex. ha satts tillbaka någon annanstans. Jag kontaktade HSAN för att höra vad den stora differensen berodde på. Förklaringen blev att presslistorna kanske inte var kompletta. Detta till synes uppenbara faktum, berodde dock inte likt tidigare nämnts på att enstaka datum saknades. Jag var mycket noggrann med att samtliga datum fanns med. Problemet torde snarare vara att samtliga beslut inte förts in i de s.k. presslistorna. Att så sker någon enstaka gång är knappast allvarligt, men 61 gånger (antal ärenden) kan inte kallas undantagsvis. Möjligen kan detta anses som ännu ett argument för att modernisera informationsvägarna till patienterna.

9.4.2. Resultat av samtliga beslut med disciplinpåföljd

Det totala antalet disciplinpåföljder, erinran och varningar under tidsperioden blev 290 stycken, i något färre ärenden. Av dessa utgörs 33 av tandläkarärenden. Jag har valt att inte inberäkna dessa ärenden i diagrammen nedan. Alternativa former i tandläkarvården får sägas allmänt vedertagna.

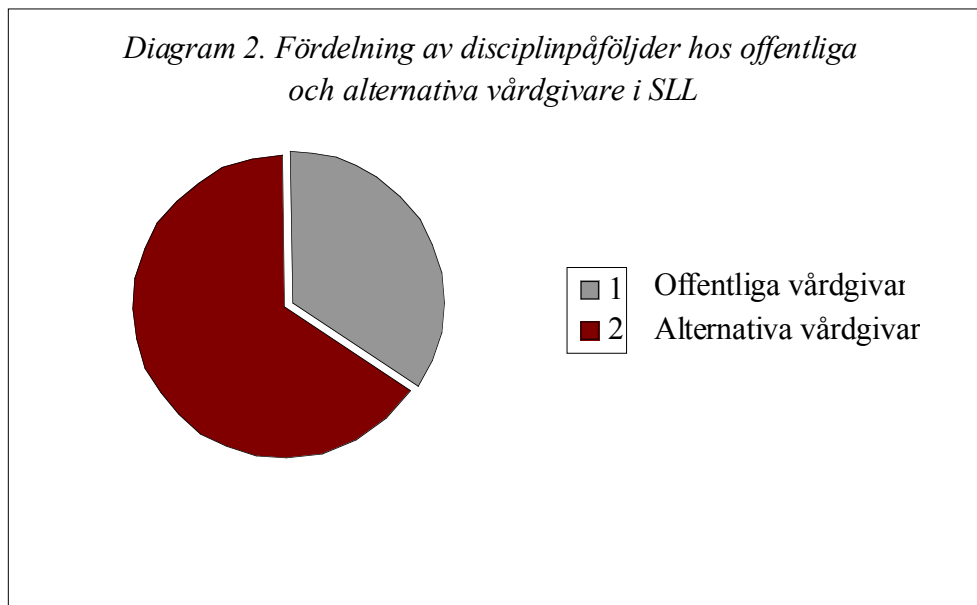
Privattandläkare utgör en stor del av tandvården, dock har jag inte specifikt frågat efter fördelningen i varje landsting. Helt kortfattat kan konstateras att en övervägande del, 25 av 33 d.v.s. 76 procent, av påföljderna härrörde ifrån privata tandläkare.

Bortsett ifrån tandvården återstår 257 disciplinpåföljder. Diagrammen nedan visar dels det nationella utfallet, dels särredovisas Stockholms läns landsting. Anledningen till att just SLL särredovisas är att SLL är det landsting vilket starkast förespråkar alternativa vårdformer. Det är dessutom det landsting som uppvisar störst andel alternativa vårdgivare i förhållande till den totala sjukvården i landstinget. Redovisat antal nedan för hela landet uppgår till 248. För nio disciplinpåföljder kan vårdgivaren inte fastställas. I några fall rör det sig om utländska vårdgivare, i andra fall anges bara namnet på en läkare, utan att arbetsplatsen framgår. I ett fåtal fall fick jag inte konstaterat i vilken vårdform vårdinrättningen drevs, trots idogt arbete och förfrågningar. Främst gäller det ett fåtal vårdcentraler i Västra Götalands regionen. Denna handfull fall redovisas i den offentliga delen, eftersom den ännu är klart dominerande.



Den utförda studien visar i diagrammet ovan att nationellt sett väger de offentliga vårdgivarnas disciplinpåföljder över med 71 procent, mot 29 procent i alternativa vårdformer. Andelen disciplinpåföljder i alternativa vårdformer får anses relativt stor, men siffrorna är långt ifrån entydiga. Först och främst bör de 29 procenten ställas i relation till hur stor del de alternativa driftformerna utgör av landstingsvården som helhet. Tyvärr gav min undersökning inget exakt svar på denna fråga. Dock kan sägas att på ett nationellt plan ter det sig som om andelen alternativa vårdformer understiger 29 procent. De siffror vilka framkommit, och som ligger till grund för denna uppfattning redovisas nedan i avsnitt 12.

För att kunna göra helt korrekta jämförelser och dra slutsatser över dessa bör resultatet delas upp regionalt. Här bör anmärkas att det finns stora skillnader mellan landstingen. Över hälften uppvisade överhuvudtaget inga påföljder inom alternativa vårdformer. Dessutom fanns överlag ett litet antal händelser med påföljd i ex. Halland, Jönköping, Blekinge samt Gotland. Vissa landsting, ex. Västmanland hade bara en enda påföljd som härrörde ifrån alternativ vårdform, likväl bedrivs 40 procent av den totala familjeläkarverksamheten i privat regi.¹²⁵ I det fallet fanns sålunda en underrepresentation av de alternativa vårdformerna. Andra landsting uppvisade en stor andel av disciplinpåföljder inom de alternativa vårdformerna. Här kan nämnas Region Skåne med en fördelning av 46 procent av påföljderna inom alternativt driven vård vilket, utan att ha den exakta fördelningssiffran för vården som helhet, torde te sig som en övervikt för de alternativa formerna. Även Stockholm läns landsting uppvisar en liknande situation om än förstärkt. Som framgår av cirkeldiagrammet nedan överväger de alternativa driftformernas disciplinpåföljder klart inom SLL.



Inom Stockholms läns landsting skedde händelser vilka totalt gav upphov till 58 disciplinpåföljder av HSAN. Av dessa skedde 20 inom vårdinrättningar vilka drivs av offentlig vårdgivare och 38 inom alternativa vårdformer. Dominansen (65 procent) för de alternativa vårdformerna måste självfallet ställas i relation till vilken andel de utgör av den totala vården i SLL. Enligt uppgift ifrån hälso- och sjukvårdsnämndens stab i SLL drivs ca 20 procent av vården privat.

¹²⁵ Uppgift ifrån K-G Mattsson, VLL:s kansli

Som jag förstår det hela betyder det att det är en femtedel av vården vilken finansieras offentligt som utförs av privata, alternativa vårdgivare. I det totala antalet disciplinpåföljder inom SLL har i rättvisans namn även skett ett par stycken vilka inte finansierats offentligt. Det handlar om helt privata vårdgivare, vilka även finansierats privat. Här återfinns exempelvis en plastikkirurgisk mottagning. Bortser vi ifrån de enstaka disciplinpåföljderna hos helt privata vårdgivare, vilka alltså inte ingår i nämnda 20 procent, får vi likväl en klar övervikt för alternativa vårdgivare. Överrepresentationen för de alternativa vårdformerna framstår i det här fallet såsom mycket tydlig. Även om disciplinpåföljderna är få sett till det stora antalet vårdtillfällen i landstinget, torde resultatet leda till viss eftertanke.

För att sammanfatta min utredning kan konstateras att den visar på såväl betryggande, som alarmerande egenskaper hos de alternativa vårdformerna, sett ur en patienthänsyn. Ur en nationell synvinkel är resultatet godtagbart. Osäkerhet uppstår självfallet när det inte går att fastställa exakta jämförelsesiffror. De landsting där de alternativa vårdformerna är underrepresenterade, trots en ansevärd mängd alternativa vårdgivare, får ses som positiva förebilder för de övriga. Vän av ordning kan här påpeka – och för all del ha helt rätt i – att det i de fallen kanske är den offentliga vården som visar brister överstigande en acceptabel nivå (i den mån en sådan finns). I övrigt torde det landsting som mest borde dra lärdom av resultatet, vara Stockholms. Det kan självfallet finnas många olika förklaringar till att fördelningen ser ut som den gör. Alldeles oavsett hur siffrorna förklaras finns en överrepresentation hos de alternativa vårdformerna, som inte står i proportion till deras andel av den totala vården. Ett sätt att komma tillrätta med problemet torde vara att styra upphandlingar och tillsynsarbete än mer noggrant och kritiskt.

10. Redovisning av statistik ifrån Socialstyrelsen

10.1. Intressanta fakta bidrar till helheten

Så som nämnts tidigare, finns en del statistiskt material i form av beslut ifrån HSAN, av intresse för detta arbete, sammanställt av Socialstyrelsen i tidsskriften RiskRonden¹²⁶.

¹²⁶ RiksRonden finns tillgänglig på Socialstyrelsens hemsida, www.sos.se

Även om detta material inte sträcker sig längre än till 1997 och inte är heltäckande (enbart nämndbesluten innefattas), är det likväl intressant och förtjänar att tas med. Något märkligt är att personal vid HSAN inte upplyste mig om att denna statistik fanns, trots en direkt fråga rörande dylika uppgifter. En tjänsteman kommenterade mina frågor med: ”Man kan inte använda HSAN:s beslut som statistiskt material”, vilket för mig ter sig som underligt då det är precis det Socialstyrelsen gör. Därmed är det inte sagt att sådan statistik skall läggas som enda grund för bedömningar. Möjligen anses det som bakåtsträvande att se på misstag som gjorts, när misstagen i det stora hela utgörs av ett marginellt antal händelser. Inom Stockholms läns landsting sker exempelvis 280 000 vårdtillfällen i sluten vård och 4,5 miljoner läkarbesök på ett år.¹²⁷ De felbehandlingar som sker utgör sålunda en bråkdel av det stora antalet. Jag anser ändå att en genomlysning av felbehandlingsområdet kan ge såväl indikationer på tendenser, som avfärda ev. fördomar. Därutöver kan resultaten även medverka till prevention, till gagn för patienten. Det finns många aspekter på *god vård* och samtliga bör vägas in.

Det framkommer mycket intressant information i RiskRondens¹²⁸ redogörelse av HSAN fallen. Åren som avses är 1996 samt 1997. Som nämnts ovan saknas tyvärr liknande statistik för senare år. Av de utredda händelserna, drygt 2700, skedde 15,9 procent hos privata vårdgivare, med en liten ökning från 1996 till 1997. De allra flesta fallen utgörs av händelser inom landstinget. En liten del (3,5 procent) avsåg ärenden där en kommun stod som huvudman. Utmärkande var att inom tandvården utgjordes 79 procent av totala antalet ärenden av privata vårdgivare. Av de beslutade fallen resulterade en tredjedel i någon slags disciplinär påföljd. Den exakta fördelningen över driftform, vad gäller beslut med påföljd står tyvärr inte att finna i statistiken. Om än plausibelt, är det sålunda ej möjligt att dra slutsatsen att samma fördelning skulle gälla för beslut *med* påföljd, som för utredda händelser i stort.

10.2. Anmälningbenägenheten ökar

Vidare visar det sig att det finns stora geografiska skillnader, såväl i anmälningbenägenhet som i utfall av utredda händelser. Jämtlands län hade högst anmälningfrekvens, vilket är något anmärkningsvärt. I övrigt skedde flest anmälningar per 1000 invånare främst i storstäderna Stockholm, Göteborg samt Uppsala.

¹²⁷ Årsrapport 1999, Patientnämnden i Stockholms län, s.3

¹²⁸ RiskRonden Special, nr 3 1998-09-01

Patienterna i Stockholm har en hög benägenhet att anmäla, ”men förefaller också av det faktum att HSAN utdelar många disciplinpåföljder där, ha fog för klagomålen¹²⁹”. Görs jämförelser per 100 000 invånare finns en klar tendens i antalet utdelade disciplinpåföljder. Procentuellt sett sker disciplinpåföljd i större utsträckning i Stockholmsregionen, jämfört med övriga landet. Siffrorna kan, efter utjämning, inte förklaras av olikheter i befolkningens mängd. RiskRonden anger inga orsaker till nämnda skillnader, utan konstaterar bara att Stockholmsområdet dominerar.

Det kan självfallet finnas flera tänkbara orsaker till att patienter i storstadsområden oftast är mer anmälningsbenägna än i glesbygden. Dels kan det vara så att det faktiskt finns fog för fler anmälningar, d.v.s. att det finns en kvalitetsskillnad i vården. Ett diskussionsämne i sig torde vara vad en sådan kvalitetsskillnad i så fall beror på. Mer tänkbart är kanske att patienten i storstadsområdet är mer krävande som konsument. Ofta har patienten gjort ett aktivt val av vårdgivare och har kanske också högre förväntningar än den patient vilken offereras ett mindre vårdutbud. Det finns ex. undersökningar som visar att en patient som väljer att uppsöka en privat vårdgivare, har en högre förväntning på kvaliteten än de förväntningar som finns på kvaliteten i en offentlig vårdcentral.¹³⁰ Rent allmänt kan sägas att anmälningarna till ansvarsnämnden ökat stadigt under de senaste tio åren. Mellan år 1990 och 2000 har såväl antalet anmälningar, som avgjorda ärenden fördubblats. Ökningen beror inte på att vården blivit så mycket sämre. Som upprepats så många gånger tidigare är frågan långt mer komplex än så. Framförallt är det ett faktum att det sker många fler vårdtillfällen nu än tidigare år. Ny operationsteknik har medfört att ett större antal ingrepp utförts, exempelvis gäller det starr- och titthålsoperationer. Det är sålunda inte fullt så anmärkningsvärt som man kan tro, att anmälningarna blivit så pass många. För att anknyta till ovan anförda resonemang har även anmälningsbenägenheten ökat generellt. Några exempel på orsaker till det kan vara att mötet mellan patient och sjukvårdspersonal ofta sker mer sporadiskt nu än tidigare. Inte sällan möter patienten olika personal från en gång till en annan, dessutom minskar respekten allmänt för läkarkåren.¹³¹ I korthet kan sägas att antalet beslut med disciplinpåföljd är nära på konstant under den senaste tioårsperioden. År 1990 renderade 29 procent av alla avgjorda ärenden i någon påföljd, motsvarande siffra tio år senare var 14 procent. Detta faktum är intressant och kan möjligen ge upphov till frågor, vilka dock ej kommer att belysas här.

¹²⁹ RiskRonden Special, nr 3 1998-09-01 s. 2

¹³⁰ Hälso- och sjukvårdstatistisk årsbok 2000, tabell 36

¹³¹ Socialstyrelsen, Tillämpningen av Lex Maria, s. 22

Det är vidare intressant att för ett ögonblick dröja sig kvar vid de ärenden vilka är anmälda enligt den s.k. Lex Maria (LYHS 6:4 samt 2:7). En anmälning enligt Lex Maria görs till Socialstyrelsen av sjukvårdspersonalen själv, om en patient skadats eller riskerat skada i samband med hälso- och sjukvård. Anmälningarna har till skillnad från de till HSAN, haft en nedåtgående trend, vilken håller i sig. Andelen privata vårdgivare är något lägre i Lex Maria fallen än i de tidigare nämnda, 13 procent för 1997. Det mest anmärkningsvärda torde vara att drygt en tredjedel av alla ärenden rör fall där kommuner är vårdgivare, att jämföras med de mycket låga siffrorna för kommuner i ansvarsnämndens ärenden. En förklaring till detta kan vara att patienterna i Lex Maria fallen har en mycket högre genomsnittlig ålder än i HSAN fallen. Anmälarna till ansvarsnämnden är oftast i medelåldern. Möjligen kan de tänkas ha mer kunskap, men framförallt den ork det kan behövas att fullfölja en anmälan, jämfört med en äldre människa på ett särskilt boende i en kommun.

Frågan är så slutligen vad det går att dra för slutsatser av statistiken Socialstyrelsen publicerat. Erkännas får att slutsatserna blir begränsade. Det kan noteras att andelen privat vård i HSAN fallen var relativt hög, nära 16 procent. Skulle samma siffra uppstå bland besluten med påföljd, vore de privata vårdgivarna möjligen överrepresenterade nationellt sett, i förhållande till sin del av sjukvården som helhet. En sådan möjlighet kan inte uteslutas, men det ges heller inget ytterligare belegg för den i Socialstyrelsens här återgivna statistik.

11. Patientnämndsenkät

11.1. Anledningen att vända sig till Patientnämnderna

Som ett led i min strävan att finna svar på huruvida ledorden *god vård på lika villkor* uppfylls i de alternativa vårdformerna, valde jag att vända mig till patientnämnderna. Dessa nämnder har till syfte att utgöra en kontakt för patienterna. Kan ett problem inte lösas direkt på en vårdavdelning, med chefsöverläkare, medicinskt ansvarig sköterska eller annan sjukvårdspersonal, är det till patientnämnden man som patient bör vända sig. Kvaliteten och nyttan av information ifrån dessa nämnder kan möjligen ifrågasättas. Nämnderna har tystnadsplikt för det den enskilde patienten yppar enligt Sekretesslagen 7:1.

Möjligen kan också frågan ställas om nämnderna agerar lojalt mot rådande system och sålunda väljer att yttra sig försiktigt i frågor om alternativa vårdformer. Trots tänkbart anförda kritik, valde jag alltså att kontakta patientnämnderna. Visserligen lyder de under tystnadsplikt, men det är likväl fullt möjligt att redovisa trender och tendenser i det nämnderna upplever. Patientnämnderna har en uttalad funktion som barometer för vart vården är på väg. Varje patientnämnd skall årligen redovisa ex. oroväckande tendenser eller utvecklingar vilka bör följas upp vidare, till Socialstyrelsen. Dessa redogörelser sammanställs till statistik, vilken redovisas av Socialstyrelsen. Jag har självfallet tagit del av denna statistik. Problemet är att den inte särredovisar de ev. indikationer som uppkommit i alternativa vårdformer, utan enbart vården som en helhet.¹³² Det är därför inte möjligt att dra mer än allmänna slutsatser av statistiken. Det kan givetvis också framkomma intressant information i mötet mellan en patient och patientnämnden, vilken kanske inte alltid passar in i statistiken. Ur min synvinkel var det därför värdefullt att kontakta patientnämnderna, istället för att grunda slutsatser av bara statistik. Slutligen är det ett faktum att patientnämnderna förutsätts vara fullständigt ärliga i det de redovisar, såtillvida att lojaliteten fokuseras på patientens bästa och inte på vårdgivarna.

11.2. Enkätens genomförande

Mitt tillvägagångssätt var att jag kontaktade Patientnämnden i varje landsting, de två regionerna samt Gotlands kommun. I de fall ett landsting har nämnder med flera underavdelningar, begränsade jag mig till en av avdelningarna. Nämnas bör att jag sålunda inte vände mig till nämnderna i kommunerna. Anledningen till detta är att det vore minst sagt administrativt besvärligt och därmed alltför tidskrävande för detta arbetes omfattning. Det är också så att i många fall har kommunerna överlåtit uppdraget till landstingen. Patientnämnderna i landstingen torde därför ha en god uppsikt över vårdsituationen i landstinget som helhet. Kontakten med nämnderna togs via e-post. I vissa landsting finns mycket lättöverskådlig information att hämta via Internet och landstingens hemsidor. I bästa fall fanns en e-postadress direkt till nämnden, i andra fall erbjöds möjligheten att skicka e-post till en registrator vilken i sin tur skulle vidarebefordra frågan. Här känner jag mig nödd att nämna att några landsting hade en rent ut sagt dålig information till sina patienter.

¹³² Se exempel på detta i Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2000, diagram 42, s.255 (i sin tur hämtat från Sprirapport 483). Här framgår att patienterna i första hand har klagomål på den medicinska behandlingen, följt av klagomål på information/bemötande. Statistiken baseras på uppgifter ifrån tolv landsting.

Mest flagrant var kanske det fall där benämningen ”förtroendenämnd” fortfarande fanns kvar, som *enda* beteckning på nämnden, trots att ändringen till ”patientnämnd” skedde 1 januari 1999 och sålunda är två år gammal. Tanken var just att patienten hade svårt att se att förtroendenämnden var till främst för patienten. Klarhet skulle skapas i och med namnbytet och sålunda underlätta för patienten.¹³³ Nog är det väl möjligt att korrigera informationen på landstingets hemsida på kortare tid än två år? Möjligen beror eftersläpningen på att flertalet landsting var negativa till ett namnbyte. Vid remissförfarandet inför lagändringen ansåg många landsting att uppgiften bestod mycket i att skapa förtroende, även i förhållande till vårdpersonalen. Propositionen lägger dock tonvikten på att patienten är den svagaste parten och behöver mest stöd, därav namnet Patientnämnd.¹³⁴ För den enskilde patientens skull vore det självfallet mer informativt att benämna saker och ting vid deras rätta namn, vilket jag hoppas att samtliga landsting framgent gör.

I min enkät bad jag berörda i de olika patientnämnderna att svara på fem frågor, samt gärna även bidra med andra synpunkter. Val av frågor var helt mitt eget och ansvaret för eventuella frågetecken på grund av oklart ställda frågor skall läggas på mig och ingen annan. Fråga fyra hade främst som syfte att komplettera den undersökning jag utförde hos HSAN.

Jag informerade patientnämnderna om det pågående arbetet med min uppsats och dess syfte. De frågor jag ställde i mitt följebrev var som lyder nedan:

- 1) Framstår det som om patienten upplever några rent specifika skillnader i a) kvalitet på vården, b) omvårdnad, c) information till patienten, i offentlig vård kontra alternativa vårdformer? Upplevs det som om det finns andra, allmänna skillnader?
- 2) Hur upplever patienten, enligt Er, den valfrihet mellan vårdgivare som införts i många landsting? Utnyttjas de möjligheter som finns?
- 3) Hur många förfrågningar/ärenden har Ni under ett år? Hurdan är tendensen – ökar antalet eller sjunker? Vad beror ökningen/minskningen på, anser Ni?

¹³³ Prop 1998/99:4, s.38

¹³⁴ Prop 1998/99:4, s.34

- 4) Vore det som patient möjligt att få upplysningar ifrån Er, som grund för val av vårdgivare? Jag avser ex. att få en redogörelse för vilka vårdgivare i Ert område som haft anmärkningar hos Er, eller anmälningar hos HSAN. Det är, enligt uppgift ifrån HSAN, inte möjligt att få redogörelse för ett helt landsting, utan främst förfrågningar rörande en specifik vårdgivare.
- 5) Har Ni någon uppfattning om hur stor del av den totala vården i Ert område som bedrivs i någon alternativ vårdform?

Det är viktigt att återigen påpeka att patientnämnderna inte handhar den helt privata vården, d.v.s. den som såväl finansieras som produceras privat. På så sätt får begreppet ”alternativa driftformer” i denna del av arbetet innebörden all vård vilken *finansieras* offentligt, en avvikelse ifrån den definition som givits ovan (5.1.).

11.3. Resultat

Jag måste erkänna min tveksamhet över den blivande svarsfrekvensen, när jag sände ut mina frågor. Jag var medveten om att det faktum att vissa av patientnämnderna sammanträdde relativt sällan, kunde påverka svarsfrekvensen negativt. Till min glädje får jag säga att mina farhågor ej besannades. Flera av nämnderna återkom redan dagen efter min förfrågan med svar. Vissa svar var utförliga, med bifogad statistik och löfte om mer hjälp om så behövdes. En genomgående trend var att de mindre landstingen var snabbare med att svara, än de större. När jag erhållit svar ifrån drygt hälften av de tillfrågade fanns varken region Skåne, Stockholms län eller Västra Götalandsregionen bland de som svarat. Ifrån Värmlands län meddelades att man inte hade tid att svara på mina frågor. Jag sände en påminnelse till de som inte svarat efter fyra veckor, där jag återigen bifogade mina frågor. Sammantaget var det fyra patientnämnder som inte svarade alls. Till min besvikelse fick jag, trots ytterligare en påminnelse inget svar ifrån Region Skåne. Detta är beklagansvärt då där dels finns erfarenheter av alternativa vårdformer samt en vilja att förändra mycket inom sjukvården. Jag fick heller inget svar ifrån Västra Götalandsregionen, trots att bekräftelse kom att jag skulle få svar av nämnden. Det är en svaghet att dessa två stora regioner uteblivit, särskilt som nämnden i Stockholms landsting sedermera inkom med fylliga svar.

Resultatet av min enkät redovisas nedan genom att återge svaren på frågorna var och en för sig, vilket jag tror gör det hela mest lättöverskådligt. Fråga fem redogörs för under avsnitt 12 nedan.

Vad gäller *fråga ett*, om ev. skillnader mellan alternativa vårdformer och den offentliga vården, var nämnderna relativt samstämmiga. De flesta uppgav att de inte upplevt några skillnader, eller åtminstone hade de inte fått några sådana indikationer. Ifrån Västerbottens landsting uppgavs att man ibland hörde positiva omdömen om privata vårdgivare men att det även hände i landstingsvården utan att man för den skull lade märke till vem vårdgivaren var. Några patientnämnder uppgav att de upplevde att patienterna är mycket mer nöjda med den privata vården. I Sörmland gällde det för kvaliteten på omvårdnaden och information till patienten, här nämndes privata Ryggkirurgiska kliniken i Strängnäs och Sofiahemmet i Stockholm som positiva exempel. Från nämnden i Västernorrland uppgavs att det mest positiva upplevdes vara, att patienten slapp väntetider inom den privata vården. Det sades att det var ganska vanligt att patienterna betalade egna operationer på privata sjukhus, såväl ortopediska ingrepp som gråstaroperationer. Väntetiderna kunde inom den offentliga vården enligt uppgift annars vara mellan ett och två år. Stockholms patientnämnd redovisade en liten andel ärenden gällande privata vårdgivare, satt i relation till det totala antalet ärenden och med tanke på att privata vårdgivare utgör en viktig och stor del i vården i landstinget. Antalet ärenden hade dubblats från föregående år men låg under tio procent av det totala antalet ärenden, inom alla områden.

Fråga två gällde valfriheten att välja vårdgivare. Ett av argumenten för privata vårdgivare är att valfriheten för patienten ofta ökar genom en mångfald av olika vårdgivare och vårdformer, vilket är en av anledningarna till att frågan ställdes. Trots vårdgarantin (garanterad behandling inom tre månader och frihet att välja vårdgivare inom alla områden) som finns i Stockholm var det cirka tio procent av ärendena som berörde tillgängligheten till vårdgivarna. Noteras bör dock att denna garanti inte infördes förrän 1999 och möjligen har vården ännu inte hunnit ikapp på alla områden. I rättvisans namn skall sägas att ett visst mått av valfrihet finns i samtliga landsting, i och med bestämmelsen i HSL 5§, vilken säger att val av primärvårdsläkare inte får begränsas till visst geografiskt område inom det egna landstinget. Samtliga svarande nämnder uppgav att patienterna är mycket positiva till att få välja vårdgivare och vill verkligen göra aktiva val.

I vissa fall fanns ingen dokumentation på huruvida detta sedan skedde, även om nämnden som sådan fick många förfrågningar om val av vårdgivare. Genomgående, så när som på nämnden i Stockholms läns landsting, uppgav dock nämnderna att det fria valet ofta inte fungerade i praktiken. Valfriheten blir svår att uppfylla när det råder läkarbrist. ”Det är inte alltid så enkelt som det framställs” återkom ifrån flera håll och det påpekades att vårdköer, prioriteringar och andra tillgänglighetsfaktorer också spelar roll i frågan. Från två patientnämnder sades att det i vissa fall fanns ett problem i det att läkare och sjukvårdspersonal inte var så positiva till valfriheten och avvisade patienterna. ”Vårdapparaten är inte alltid så förändringsbenägen som man kunde önska, gamla mönster och attityder sitter allför länge kvar” sades det ifrån Hallands patientnämnd. Samma patientnämnd hade intrycket att patienten ibland upplevde valfriheten som en ”pseudorättighet”, då den i realiteten ofta inte var möjlig att erhålla.

Nästköljande fråga, *fråga tre*, avsåg huruvida antalet ärenden hos nämnderna ökade eller ej, och vad orsaken till förändringen bestod i. Fyra av nämnderna uppgav att antalet var konstant. Övriga uppgav en ökning, i vissa fall liten, i andra fall markant. Sett ur ett nationellt perspektiv har antalet ökat, vilket återges bl. a. av Landstingsförbundet.¹³⁵ Orsakerna till ökningen av antalet ärenden hos nämnderna var flera. Dels fanns uppfattningen om att patienterna fått en ökad kännedom om nämnderna, mycket beroende på informationsarbete på olika nivåer. Överlag ansågs också att patienterna hade blivit mer alerta och krävande och accepterade inte länge ex. ett nonchalant bemötande. Flera nämnder spådde att denna trend skulle öka än mer och att patienterna kommer att kräva mer av såväl service, respekt som delaktighet framledes. Generellt sett uppgav flera av patientnämnderna att de upplever att de ärenden som kommer till nämnden numer är av tyngre, mer komplicerad karaktär än tidigare. Enbart en patientnämnd sade att en av anledningarna till det ökade antalet ärenden hade direkt med vården att göra, såtillvida att det rådde läkarbrist och att det skedde ideliga förändringar i sjukvårdsorganisationen. Intressant och kanske värt att notera är att detta uttalande gjordes i ett av de landsting som gått i bräsch för nya system och organisationsförändringar.

Den *fjärde frågan* hade, likt nämnt ovan, mest som syfte att komplettera HSAN undersökningen. Jag får här först beklaga utformningen av min ställda fråga. Eftersom patientnämnderna inte har några befogenheter att utfärda påföljder av något slag, var ordvalet ”anmärkningar” olämpligt.

¹³⁵ Landstingsförbundet, Patientnämndsverksamhet - Sammanfattning

Jag avsåg dels HSAN beslut med påföljd och dels om ex. en läkare återkom ofta inför nämnden. Den absoluta merparten av nämnderna hade ändå tolkat min fråga på det sätt den var avsedd att framstå.

Svaren ifrån nämnderna var i mångt och mycket väntade. Merparten svarade att det inte var nämndernas uppgift att bidra med sådan information. Vid en förfrågan skulle de hänvisa patienten till ansvarsnämnden. Många sade också att HSAN:s beslut är offentliga och att vem som helst kan undersöka vilka vårdgivare som berörs. Ifrån Västerbotten kommenterades att det finns en ”övertro på ’prickningars’ värde när det gäller att bedöma om en vårdgivare är skicklig som yrkesman eller inte”. (Se gärna min kommentar angående detta under avsnitt 10.1.). Vad som kanske framstod som mest intressant, ur ett patientperspektiv, var ändå att flera av nämnderna uppgav att det vore *möjligt* att informera om HSAN:s ärenden över beslut med påföljd. Besluten vilka renderat påföljd i ansvarsnämnden delges uppenbarligen Patientnämnderna via e-post eller som kopia. Sålunda finns informationen tillgänglig, även om den inte erbjuds som en tjänst. Två patientnämnder sade att de skulle delge sådan information som svar på en direkt fråga, eftersom samtliga beslut som rörde det egna landstinget fanns bokförda.

Sammanfattningsvis visar enkäten inga direkta trender, vare sig alarmerande eller uppmuntrande, avseende alternativa vårdformer. Valfrihet för patienten sågs som mycket positivt från samtliga håll, såväl i de landsting med många alternativa vårdgivare som i de med en mycket dominerande offentlig vård. Problem med att uppfylla löften om valfrihet framstod som återkommande, möjligen ändå i mindre utsträckning i de mer tätbefolkade landstingen än i de glesbefolkade. Att så är fallet är knappast märkligt, inte minst av geografiska skäl. I de landsting där övervägande delen av vården sker i offentlig driftform, fanns på flera håll en nyfikenhet inför alternativa driftformer. Det talades om att landstinget skulle pröva med *en* vårdcentral eller liknande. Stor försiktighet anades bakom liknande uttalanden och honnörsorden torde vara ”skynda långsamt”. Intressant är också att det av enkätsvaren går att utläsa att det finns en möjlighet för patientnämnderna att upplysa om HSAN:s beslut. Kanske är det en genomförbar tanke att ålägga nämnderna att vid förfrågan informera även om felbehandlingar. Att återge fattade beslut av ansvarsnämnden torde som jag ser det knappast strida mot rådande regelsystem, utan tjäna som ett delgivande av fakta vilka även patienten på ett enkelt sätt borde få tillgång till.

12. Alternativa vårdformers andel av hälso- och sjukvården

Ställs den offentligt drivna vården mot den alternativa vad gäller exempelvis antal fall med disciplinpåföljd i HSAN, måste självfallet avgöras hur stor del av den totala hälso- och sjukvården som utgörs av respektive driftform. Det är inte helt enkelt att ge ett klart svar i frågan. Ifrån Landstingsförbundets sida konstateras att det är svårt att ge exakta mått, i ex. kostnadstermer, men ”att den alldeles övervägande delen av hälso- och sjukvården i Sverige drivs i offentlig regi¹³⁶”. För att söka uppfylla syftet med det här arbetet krävs dock mer precisa siffror än så.

Som framgår ovan (11.2.), försökte jag få reda på andelen alternativa driftformer genom att ställa en fråga angående detta till samtliga patientnämnder. Enbart nämnden i Halland hade ett klart svar på frågan. Av sjukvårdsutgifterna i länet går 14,7 procent till ersättning för vård på entreprenad. Notera här att de privata alternativ vilka inte har avtal med landstinget inte ingår. I övrigt var vetskapen om fördelningen mellan alternativa och offentliga driftformer begränsad. Vissa, ex. Västerbotten uppgav att man hade ett mycket litet antal alternativa vårdgivare utom i mer traditionella områden som sjukgymnastik och psykoterapi.

Frågan hur stor andel de alternativa vårdformerna utgör, ställdes också direkt till samtliga landsting. Här rörde det sig ofta om ekonomiansvarig personal, kanslist, ansvariga för hälso- och sjukvårdsnämnder och liknande. Så som konstaterats under avsnitt 9.4.2. bidrog denna mindre undersökning tyvärr inte till en nationell uppgift i form av en procentsats. Sätten att redovisa varierade mycket, vilket möjligen bidrog till detta faktum. Det framkom dock intressanta regionala uppgifter även om inte samtliga landsting svarade. De vilka uppgav fördelningen i form av alternativa vårdformers andel av den totala budgeten för landstingens hälso- och sjukvård var: Gävleborg samt Örebro med fyra procent i alternativa vårdformer, Kronoberg drygt en procent, Sörmland tre procent, Värmland 2,5 procent, Halland 14,7 samt Stockholm 20 procent. I övrigt kan noteras att Västmanland, som även nämnts ovan, har 40 procent av familjeläkarverksamheten i privat regi samt även ett antal specialistläkare med avtal. I Östergötland utgör de alternativa formerna en liten andel av de totala utgifterna, ändå ter sig idén med att införa alternativ i vården som genomtänkt och utbredd.

¹³⁶ Statistisk årsbok för landsting 2000, s.28

Tyngdpunkten ligger som hos flera andra landsting, hos privatläkare och sjukgymnaster, även om avtal finns inom många olika områden. Jönköping redovisar att 16 procent av läkarbesöken inom allmänmedicin sker hos alternativa vårdgivare. Västra Götalandsregionen samt Region Skåne svarade inte, likt i patientnämndsfall. Dock är det ett faktum att de alternativa vårdformerna är utbredda i båda regionerna och att arbetet med att utveckla alternativen fortgår.¹³⁷ Näst efter SLL är Skåne och därefter Västra Götalandsregionen de landsting vilka betalar ut mest i ersättningar till ex. privatläkare med vårdavtal¹³⁸.

Det finns vidare åtskilliga, mer allmänna uppgifter, vilka kan bidra till att skapa insikt. Likt nämnts ovan i avsnitt 5.2. är ett sätt att uttrycka saken att tre procent av den totala sjukvårdsbudgeten utgörs av privat verksamhet. Det är dock oklart vad som innefattas i denna beräkning. Andra källor säger att cirka tio procent av hälso- och sjukvården drivs i privat regi och att denna siffra förväntas stiga.¹³⁹ Det framgår dock inte vilka vårdgivare som innefattas i begreppet privat regi. Det är vidare så att även de lokala skillnaderna är mycket stora. I Göteborgsområdet sägs vart tredje läkarbesök i öppenvården ske hos privat läkare¹⁴⁰, vilket får anses som en mycket hög siffra jämfört med exempelvis större delen av norra Sverige. Jämförs andelen läkare i varje driftform, finns uppgifter vilka säger att tolv procent av specialistläkarna under 1997 var privata.¹⁴¹ Vad avser sjukgymnastik utgörs dryga 20 procent av antalet yrkesverksamma i landet utav privatpraktiserande sjukgymnaster.¹⁴²

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen har givit ut statistik, vilket möjligen ger en klarare, om än långt ifrån heltäckande, bild av dagsläget i den svenska vården. Följande intressanta siffror (hämtade ifrån Statistisk årsbok för landsting 2000) kan nämnas för att söka klarlägga alternativa vårdformers andel av vården i landet som helhet:

- Under 1998 utgjordes totalt 20 procent av samtliga läkarbesök i öppenvården, av besök hos privata vårdgivare vilka finansierades offentligt. Här ingår inte helt privata vårdgivare.
- Av samtliga vårdplatser återfinns 24 procent i privat regi. Noteras bör här att den kommunala äldrevården efter Ädelreformen 1992 inte ingår i siffran, därav det höga talet.

¹³⁷ Information finns på respektive regions hemsidor, www.regionskane.se, www.vgregion.se

¹³⁸ Landstingsförbundet, Offentligt finansierad privat öppenvård 1999

¹³⁹ Axelsson, Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning, s.11

¹⁴⁰ GP 1999-03-07

¹⁴¹ Prop 1996/96:123, s.10

¹⁴² Prop 1996/96:123, s.11

- Vart tredje läkarbesök i primärvården i SLL skedde hos en privat vårdgivare. I Jämtlands läns landsting var motsvarande andel tre procent och i Kronoberg närmast obefintlig.

Det torde efter uppräkningsövningen ovan, stå helt klart att det är inte möjligt att nämna *en* siffra för att beskriva fördelningen mellan alternativa vårdformer och offentlig vård. Det finns helt enkelt allt för många variabler att räkna med. Ofta särredovisas vårdområden, och det framgår inte klart vad som verkligen döljer sig bakom de olika uppgifterna. Vad som kan konstateras är att som nationellt genomsnitt, blir andelen alternativa vårdformer inte särskilt stor. Siffran tio procent som nämnts ovan ter sig korrekt om vi mäter i andel av sjukvårdens nettokostnader. Till denna siffra skall i sådant fall också läggas den privatfinansierade vården, men även här finns utrymme för variation i vad som egentligen redovisas. Regionalt sett dominerar ändå Stockholms län med sina 20 procent av budgeten till alternativa vårdgivare. I övriga landsting, förutom i Skåne och Västra Götalandsregionen, rör motsvarande siffra sig om långt under tio procent i de allra flesta fall.

Frågan är för övrigt också vad som egentligen bör väga tyngst – vårdplatser, andel av budget eller antal läkarbesök. Väljs läkarbesök kan sägas att privatläkaren *de facto* ofta träffar fler patienter än den offentliga läkaren. Beror det på att den offentliga läkaren har fler arbetsuppgifter eller på att privatläkaren är mer effektiv i sitt yrke? Antal vårdplatser kan sägas vara ett uttryck för kapacitet, men kanske inte så mycket i övrigt. Återigen är det också så att de stora differenserna mellan landstingen, inte minst organisatoriska sådana, gör att det är komplicerat att ställa samman jämförbar statistik. Svårigheterna att bringa klarhet i frågan är uppenbara. Möjligen får vi i någon mån böja oss inför fakta, och likt tidigare söka information för mer begränsade områden, vilket dock konstateras med stor frustration.

13. Sammanfattning och analys

En av de viktigaste frågorna i det här arbetet är, som nämnts vid ett flertal tillfällen, i vilken mån alternativa vårdformer uppfyller målet, d.v.s. en *god vård på lika villkor*. Att besvara frågan låter sig, som väl framgått med önskvärd tydlighet, knappast göras i ett glasklart svar.

Jag har därför sett på kriterierna för en *god vård på lika villkor*, såsom de framställs i HSL och dess förarbeten och utgått därifrån. Avsikten är att i tabellen nedan knyta ihop tidigare avdelningar i arbetet till en överskådlig bild över fördelar och farhågor med olika vårdformer.

Tabell 4. Fördelar och farhågor i offentliga och alternativa vårdformer

| God vård på lika villkor: | Offentliga vårdformer | Alternativa vårdformer |
|--|--|--|
| <i>God kvalitet</i> <i>-personal</i> <i>-lokaler</i> <i>-ledning</i> <i>-utrustning</i> | I stort en allmänt god kvalitet. Incitaments- och resursbrist kan leda till lägre kvalitet, inte minst i form av brist på personal. Ledningen ofta mer tungrodd än i alternativa/privata vårdformer. | Int. sett tendenser till vissa fördelar vad gäller utrustning, ex. i Storbritannien. Personalen ofta bättre motiverad, oklart om det ger bättre vård. Lokaler ofta mer tilltalande ur patientsynpunkt. |
| <i>God omvårdnad</i> | Mer tid till omvårdnad när prestationskraven inte är så uttalade och avgörande för verksamheten. Resursbrister kan dock påverka stort även här. | Risk för brister om tonvikten läggs på prestation. Personal inom delar av SLL anar att nivån sjunkit efter omorganisationen. |
| <i>Arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet</i> | Framstår som om det uppfylls överlag i off. vården som helhet. Arbetsbelastning kan påverka. | Överrepresentation i påföljder hos HSAN för vissa områden något alarmerade. |
| <i>Lätt tillgänglig vård</i> <i>-vårdköer</i> <i>-mottagningstider</i> <i>-telefontider</i> | Vårdköer är ett återkommande problem. Ofta ekonomiska, men även administrativa orsaker. | Ofta stora fördelar vad gäller kortandet av vårdköer. Vid upphandling kan stora tidsvinster göras. För privat betalande närmast omedelbar vård. |
| <i>Valfrihet</i> | Viss valfrihet finns i teorin. I praktiken uppvisas svårigheter. Läkarbrist kan vara en orsak, även i någon mån förändringsobenägenhet på fältet. | Ökar i takt med att ex. fler privatläkare ansluts till systemet. Valfrihet även till slutet vård oftast bara aktuell i tätbefolkade områden. |
| <i>Lika villkor</i> | Vård ges efter behov, ej beroende på patientens status el. liknande. | Vård med offentlig finansiering skiljer sig inte från off. vård. Vid privat/förs. finansiering uppstår skillnader. Vid ex. DRG ers. finns risk för cream – skimming. |
| <i>Goda personal/patient kontakter främjas</i> | Kan tillgodoses genom system med fasta läkarkontakter vilket införts i primärvården. Stor arbetsbelastning utöver patientkontakter ger sämre kontakt. | Ökade chanser om patienten själv får välja vårdgivare. Mångfald kan göra att fler patienter finner en vårdgivare som passar dem personligen. |

Som tabellen visar, finns både fördelar och farhågor med såväl offentliga som alternativa vårdformer. Kärnfrågan här har dock varit huruvida de alternativa vårdformerna uppfyller en *god vård på lika villkor*. Slutsatsen av detta arbete blir, att så länge vården även finansieras offentligt, *uppfylls målet på ett godtagbart sätt*.

Slutsatsen ges med förbehåll och behov av kommentarer. Först och främst är motfrågan om den *offentliga vården* verkligen uppfyller målet? Här får sägas som så, att den offentliga vården uppvisar brister. Bristerna kan på sina håll vara allvarliga, men de är sammantaget inte fler än i de alternativa vårdformerna utan möjligen annorlunda. Det nutida samhället är i mångt och mycket ett servicesamhälle. Människor i stort är vana vid att få tjänster utförda med kort varsel och hög servicekänsla. Detta raster tillämpas även, rätteligen eller inte när det gäller att söka sjukvård. Måhända har den offentliga vården inte riktigt anpassat sig till detta faktum i samma utsträckning som de alternativa vårdformerna. Som komplement till en i huvudsak offentlig vård framstår de alternativa vårdformerna som mycket positiva. Ökad valfrihet och inte minst tillgänglighet är ofta en följd för patienten. Det ter sig riktigt, såväl ur patientsynpunkt som ur samhällsekonomisk synvinkel, att tillvarata kompetens och resurser hos ex. privata vårdgivare. Att äldre människor får vänta i flera år på en starroperation kan näppeligen anses acceptabelt när det bevisligen finns möjligheter, genom upphandling och liknande att lösa problemen. De alternativa vårdformerna kan även göra sjukvården som sådan mer lockande som arbetsområde, vilket är ett måste om den framtida bristen på arbetskraft skall lösas.

De alternativa vårdformer som finns idag, uppvisar dock på sina håll tendenser som bör uppmärksammas. Ekonomiska incitament kan medföra att vissa patientkategorier inte erbjuds vård i samma utsträckning som andra, vilket riskerar att vården inte längre ges på lika villkor. Det är vidare mycket viktigt att varken vårdkvaliteten eller omvårdnadsnivån sänks då prestationerna ökar. Det finns oönskade tendenser på att så kan ske. Det torde vara viktigt att vara vaksam på dessa varningstecken, så länge som problemen är små och möjliga att korrigera. Vidare bör noteras att i de länder där finansieringen inte sker offentligt finns ofta problem med att vissa grupper i samhället faller igenom systemet och ges en sämre eller dyrare vård än andra. Likt nämnt tidigare, kan ett gott upphandlingsarbete eliminera flera av de farhågor som finns med alternativa vårdformer, till gagn för såväl avtalspartners som patienter.

Som jag ser det kan alternativa vårdformer, förutsatt att vissa tänkbara problem undanröjs, utgöra ett utmärkt komplement till den offentliga vården, vilket jag hoppas framgått. Medges kan att valet av undersökningsmetoder i arbetet kan sägas vara subjektivt. Jag har lagt tonvikten på vårdkvalitet i olika former, vilket jag sett som viktigast i sammanhanget. Talesättet ”som man frågar får man svar” är väl aldrig så sant som här, dock tror jag med ödmjukhet, att jag undvikit att leda läsaren i någon riktning. Möjligen kan sägas att det patientperspektiv jag antagit i sig ger ett kritiskt och i vissa fall protektionistiskt angreppssätt.

14. Slutord

Slutligen vill jag ta tillfället i akt att kommentera den nya akutsjukhuslagen. Min personliga uppfattning är att socialminister Engqvists lag innebär att dra i nödbromsen samtidigt som tåget eldas på för fullt. Alternativa driftformer skall uppmuntras sägs det, men när resultatet inte blir det eftersökta ändras förutsättningarna. Även jag är i viss mån bekymrad över utvecklingen på sina håll men jag tror att lagändringen är ett kraftigt slag i luften. Vore det inte lättare och bättre, att mer noggrant reglera avtalen mellan ex. landsting och vårdgivare? Flertalet av landstingen skulle dessutom inte ens komma på tanken att sälja sina sjukhus. Det är betydligt längre ner i vårdsystemet de stora förändringarna sker. Att lägga ut en vårdcentral på entreprenad är troligen klart mindre främmande för de flesta av landstingen, än att laborera med den slutna vården. Som jag ser det borde arbetet med att genomföra inskränkningar börjat i de lägre nivåerna, om det över huvud taget skulle skett, där det kunde få någon praktisk betydelse.

Med dessa korta ord och när detta arbete nu är så gott som slutfört, kan jag bara kallt konstatera att det finns åtskilligt mer att undersöka. Utbredningen av de alternativa driftformerna är procentuellt sett större på kommunal nivå än på landstingsnivå. Här avses främst de särskilda boendeformerna för äldre människor, boenden vilka ofta läggs ut på entreprenad.¹⁴³ Eftersom det rör kommunala angelägenheter och oftast små enheter väcker varje enskilt fall av entreprenörskap inget större intresse.

¹⁴³ SOU 1999:149 s.145. Här anges att så många som 40 procent av landets kommuner har åtminstone något avtal med en privat vårdgivare.

Inte desto mindre, eller kanske just därför, är det ett mycket intressant område. Det sker ytterst få anmälningar till HSAN på felbehandlingar inom äldre vården, däremot ökar klagomålen på den omvårdnad som ges. Äldre människor av idag är möjligen de största förlorarna i det nya servicesamhället, då de själva ofta är oförmögna att tala för sin sak. För en gammal människa dominerar behovet av kontinuitet, trygghet och god omvårdnad. Det får ses som mycket illavarslande att klagomålen rör precis dessa områden. Som jag ser det är det därför av yttersta vikt att luppen sätts även på äldre vården. Skulle politisk energi läggas på alternativa vårdformer inom det området, skulle det troligen innebära avsevärt mer - för betydligt fler.

Jag vill till sist även tacka samtliga berörda inom landstingsvården vilka hjälpt mig med information och som bidragit med sina kunskaper. Utbytet har varit mycket givande och lärorikt. Jag är även tacksam för kommentarer och synpunkter på mitt arbete och hoppas att det åtminstone ger upphov till diskussion, vilket alltid är nyttigt och utvecklande.

Tack för ordet!

Ev. kommentarer sändes till:

Eva Hedström

Grevegårdsvägen 104

421 61 Västra Frölunda

e-post: mahall@mail.bip.net

15. Källförteckning

15.1. Offentligt tryck

| | |
|------------------|---|
| Prop 2000/01:36 | Sjukhus med vinstsyfte |
| Prop 1999/00:149 | Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården |
| Prop 1999/00:140 | Konkurrenspolitik för förnyelse och mångfald |
| Prop 1998/99:4 | Stärkt patientinflytande |
| Prop 1996/97:123 | Privata vårdgivare |
| Prop 1996/97:60 | Prioriteringar inom hälso- och sjukvården |
| Prop 1994/95:195 | Primärvård, privata vårdgivare |
| | |
| SOU 1999:149. | Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster |
| SOU 1999:66. | God vård på lika villkor? |
| SOU 1997:154. | Patienten har rätt |
| SOU 1996:175. | Styrning och samverkan |
| SOU 1995:5. | Vårdens svåra val, Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen |
| SOU 1994:115. | Sjukvårdsreformer i andra länder |
| SOU 1993:38. | Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller |
| | |
| SOSFS 1996:24 | Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården |
| SOSFS 1993:17 | Omvårdnad inom hälso- och sjukvården |

Långtidsutredningen 1999/2000, Bilaga 8, Kommer det att finnas en hjälpande hand?

15.2. Litteratur

- Arvidsson, G. Jönsson, B. Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?, SNS Förlag 1991.
- Arvidsson, G. Jönsson, B. Valfrihet och konkurrens i sjukvården, SNS Förlag 1991.
- Axelsson, L. Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt, Doktorsavhandling vid Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg, 2000.
- Backerling, E. Juridik i vården, Kommentus förlag 2000.
- Bengtsson, G. Lönnberg, A. Reizenstein, P. Etik och ekonomi i vården, SNS Förlag 1994.

- Borgenhammar, E. Fallberg, L H. Våga vara vårdkonsument – Vågar till medvetenhet, SNS Förlag 1997.
- Calltorp, J red. Att beställa hälso- och sjukvård – teori och praktik utifrån fem exempel, Beställarnätverket för landstingen i Sverige 1998.
- Carlson, B. Den amerikanska välfärdsvägen, Timbro 2000.
- Charpentier, C. Samuelson, L A. Effekter av en sjukvårdsreform – En analys av Stockholmsmodellen, Nerenius & Santéus Förlag 1999
- Culyer, A J m. fl. Svensk sjukvård – bäst i världen?, SNS Förlag 1992.
- Dahlgren, G. Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare, Natur och Kultur 1994.
- Falk, V. Nilsson, K. Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige, 2 u, Studentlitteratur 1999.
- Rehnberg, C. Garpenby, P. Privata aktörer i svensk sjukvård, SNS Förlag 1995.
- Sahlin, J. Hälso- och sjukvård – kommentarer, Norstedts Juridik 1999.
- Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2000.
- Socialstyrelsen, Sjukvården i Sverige 1998.
- Socialstyrelsen, Tillämpningen av Lex Maria 1997.
- Trägårdh, L. Patientmakt i Sverige, USA och Holland – Individuella kontra sociala rättigheter, Spri 1999.
- Vahlne Westerhäll, L. Särtryck ur Festskrift till Fredrik Sterzel, Iustus förlag 1999.
- Westerhäll, L. Patienträttigheter, Nerenius & Santéus Förlag 1994.

15.3. Artiklar

- Dagens Medicin, Benno Hjerpe, A. Att vårdpersonalen är glad gynnar också patienterna, 2000-09-12
- Dagens Medicin, Björkqvist, K. Socialministern vill inte definiera akutsjukhus i lag, 2000-06-14
- Dagens Medicin, Björkqvist, K. Moderater anser att lagförslaget hotar självstyre, 2000-04-18
- Dagens Medicin, Brostrand, K. Allt fler briter opereras på privata sjukhus, 2000-04-11
- Dagens Medicin, Järhult B.& J, Utvärdera privatiseringens konsekvenser, 2000-04-04
- Dagens Medicin, Eckerlund, I. Rehnqvist, N. Privat och offentlig vård – samma regler måste gälla!, 1999-02-02

The New England Journal of Medicine, 2000-10-19, The Republican and Democratic

Candidates speak on health care

Göteborgs-Posten, Isaksson, L. Vård ska bekostas gemensamt, 2000-11-10

Göteborgs-Posten, Ulfgren, A-B. Önskar avtal som ger bra sjukvårdsutbud, 1999-03-07

15.4. Övriga källor

Landstingsförbundet, Offentligt finansierad privat öppenvård 1999 med tabellbilaga

Landstingsförbundet, Patientnämndsverksamhet – Sammanfattning, 2000-05-08

Landstingsförbundet, Statistisk årsbok för landsting 2000

Landstingsförbundets Strukturprojekt 1997, Reformen och strukturförändringar – Aktuella
intryck från sex europeiska länder

Motion 1999/2000:So 274 av Bo Lundgren m. fl. Vård på patientens villkor

Patientnämnden i Stockholms län, Årsrapport 1999

Socialstyrelsen, Pressmeddelande nr 3, 2000-01-19, Privat verksamhet expanderar

Socialstyrelsen, RiskRonden Special nr 3, 1998-09-01

Länkar till samtliga landstings hemsidor finns mycket överskådligt hos Landstingsförbundet,
www.lf.se under landsting/regioner, adresser.