

sociala interventioner inte påverkar riskpatienters framtida suicidalitet [7].

2 500 liv har räddats

Den samlade mängden evidens är nu så stor att man bör utgå från att det är den kraftigt ökade användningen av antidepressiva läkemedel som, genom att förebygga självmord, har räddat omkring 2 500 liv i Sverige under det gångna decenniet. Nya bättre antidepressiva läkemedel, folkupplysning och fortbildning av främst allmänläkare rörande depressionsbehandling [8] har således givit riklig utdelning. Det finns ännu inga tecken på att denna möjlighet till suicidprevention har utnyttjats till sin fulla potential!

Referenser

1. Isacson G, Bergman U. Ökad användning av antidepressiva. En utveckling i rätt riktning. *Läkartidningen* 1997;94:1484-6.
2. Isacson G. Självordsfrekvensen ner med 25 procent. Ökad användning av antidepressiva medel sannolikt främsta orsaken. *Läkartidningen* 2000;97:1644-50.
3. Rihmer Z, Belso N, Kalmar S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:238-9.
4. Joyce PR. Improvements in the recognition and treatment of depression and decreasing suicide rates. *New Zealand Medical Journal* 2001;114:535-6.
5. Isacson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:113-7.
6. De Leo D. Why are we not getting any closer to preventing suicide? *Br J Psychiatry* 2002;181:372-4.
7. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
8. Rutz W, Wälinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:19-26.

Privat finansierad vård – finns den, vill vi ha den?

Skall vården och vårdens personal klara sina svåra och växande uppgifter behövs långsiktigt stabila spelregler och mer av politisk samsyn. Utredningens förslag »Vårda vården« (SOU 2003:23) ger ett större utrymme för privata vårdgivare att medverka i den gemensamt finansierade vården, men också regler för att i en större mångfald värna hälso- och sjukvårdens prioriteringar och mål.

PÅR AXEL SAHLBERG
ordförande

OLA JOHANSSON
sekreterare; utredningen Vårdens ägarformer
www.sou.gov.se/akutsjukhus

II Svensk hälso- och sjukvård har hög klass och står för ett åtagande för hela befolkningen som har få motsvarigheter i andra länder. Den är inte dyr. Sverige finns på 16:e plats bland världens länder när man beräknar värdkostnad per invånare. Men den är bäst eller bland de bästa! En internationell jämförelse placerar svensk vård bland tre länder med bästa resultat [1].

Relationen mellan kostnad och resultat talar för att svensk vård har kvaliteter som, vad kritiker än säger, är värda att bevara och utveckla. Samtidigt finns uppenbara problem; för långa köer och väntetider, brister i bemötande och effektivitet och inte minst för litet av stabilitet och samverkan och för mycket av konflikter och makt- och revirstrider.

Synen på privat och offentligt inom vården har blivit en stridsfråga i första hand mellan de politiska partierna. Förutom maktskifte har sedan lång tid varje val i Stockholms läns landsting inneburit ideologisk omorientering, nya organisationer och styrsystem och för vårdgivarna skiftande signaler om konkurrens eller samverkan dem emellan.

Stabilitet och arbetsro

Det finns ett mycket befogat krav från vårdpersonalen om mer av stabilitet och arbetsro. Vården skall – ideologiska ussvängar förutan – kontinuerligt möta nya behandlingsformer, ny medicinsk teknik och de förändringar av vårdkedjor och patientgrupper som följer. Vidare skall den möta behoven från en större andel äldre, mer vårdkrävande i befolkningen och samtidigt allt högre anspråk från andra patientgrupper.

Mer stabilitet förutsätter uppgörelser över den politiska blockgränsen. Det

gäller för såväl nationell reglering som organisatoriska lösningar i regioner och landsting. Partierna och de förtroendevalda har ett stort ansvar för att söka en gemensam och mer varaktig grund för sjukvårdspolitiken

Ytterligheterna kan inte tillgodoses

Uppgörelser kan inte tillgodose ytterligheterna. Det gäller dem som i nyliberal anda ser vårdsektorn som jungfruligt fält för privatisering och marknadslösningar, men också dem som ideologiskt låst sig för vård enbart i offentlig regi. Även här gäller det att skilja mellan mål och medel. Målet är att efter behov och på lika villkor ge vård med god tillgänglighet och kvalitet. Marknad, konkurrens och offentlig drift är tänkbara medel, men inte några mål.

Fler behandlingar trots minskad personal

Under den senaste tioårsperioden har antalet anställda i vården minskat med en knapp fjärdedel och antalet vårdplatser vid sjukhusen i det närmaste halverats. Trots det görs fler behandlingar. Operationer som för några år sedan krävde flera dagars sjukhusvistelse görs nu i många fall i dagkirurgi vid sjukhus eller kliniker. Även om vården tillförs ökade finansiella och personalmässiga resurser behövs fortsatt effektivisering för att klara vårdbehoven.

Utveckling av behandlingsmetoder sker vid landstingens egna sjukhus eller andra enheter. Men det finns också åtskilliga exempel där en ny arbetsform eller annat sätt att organisera en vårdkedja blivit möjlig när entreprenör fått eller tagit sig friheten att utveckla sitt alternativ. Undersökningar visar att personalen värderar snabba beslutsvägar och mer delaktighet i de alternativa driftsformerna.

Problemen med gräddfiler

Grundbulten för rättvis vård är inte driftsformen utan en gemensam, solidarisk finansiering. Tyvärr har vi nu en

lagreglering som ger privata entreprenörer i den offentligt uppbyggda vården möjlighet att erbjuda privatvård vid sidan av sitt egentliga uppdrag. Om ett landsting lägger ut en verksamhet på entreprenad öppnas vården för ekonomisk skiktning och tudelning. Ett flertal problem uppstår:

- Avgörande motiv för en eventuell entreprenad bör vara att den förbättrar den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården.
- De gemensamt uppbyggda verksamheterna är starka symboler för rättvisa och för vård efter behov och på lika villkor. På både kort och lång sikt hotas sjukvården om patienterna delas upp i A- och B-lag.
- Värden av entreprenaderna, som jämförelse och ibland förebilder för offentliga drivna verksamheter, minskar om de privata entreprenörerna kan verka under andra villkor.
- Rättvis upphandling inför en ny avtalsperiod försvåras eller blir omöjlig om entreprenören under tidigare avtal fört in egna patientgrupper i verksamheten.

Huvudsakligt skäl för privata försäkringar är väntetider till den gemensamt finansierade vården. Det är inget bra system om en vårdgivare, som kan påverka en vårdkö, samtidigt kan få extraintäkter vars storlek blir beroende av vårdköns längd. WHO Europe och erfarenheter från en rad länder talar för att privat finansierad vård så långt möjligt bör hållas separat hos vårdgivarna.

Privatfinansierad vård räknas i promille

Omfattningen av privat finansierad vård i Sverige är hittills ytterst begränsad och motsvarar endast tusendelar av samhällets totala vårdkostnader. Det önskvärda är att den även i framtiden har en sådan marginell roll; om inte får vi i Sverige den ekonomiska skiktning av möjligheterna till vård som de flesta säger sig vilja undvika.

De privata vårdföretagen känner till privatvårdens begränsade omfattning. Capio AB vet att den svarar för mindre än 1 procent av intäkterna till S:t Görans sjukhus. Region Väst fick nyligen, när vårdföretaget Nordhusgruppen sade upp ett avtal, erfara att intäkterna från upplåtelsen av lokaler vid Dalslands sjukhus för vård av norska patienter blev högst tillfälliga.

Simrishamns sjukhus

I debatten sägs nu med Simrishamns sjukhus som exempel att man där med »de extra resurserna från ett litet antal försäkringspatienter har kunnat öka antalet vårdavdelningar från två till fyra

och antalet vårdplatser från 51 till 73« [2]. Praktikertjänst AB driver Simrishamns sjukhus och enligt sjukhusets egen uppgift svarar vården av privatpatienter även här för mindre än 1 procent av intäkterna. Debatt om vård kan föras fjärran från fakta.

Tillspetsat kan man nog påstå att det med hänvisningar till privatvårdens verkliga omfattning pågår en form av bondfångeri från de privata vårdföretagens sida. Vad säger man t ex nu i Västervik och Säffle till privatiseringsivrande politiker med bekymmer att infria de orealistiska löften man gett väljarna? Presenteras i praktiken omöjliga kalkyler om resurstillskott från privatvård (och utlandsvård) för att lösa resurs- och kapacitetsproblem?

Bedömningen av vad en entreprenad kan åstadkomma blir tydligare och enklare om vård i egen regi och en eventuell entreprenör har samma fokus och uppdrag – vård efter behov och på lika villkor utan förturer eller gräddfiler.

Universitets- och regionsjukhusen

En stoppskylt mot privatföretag och vinst i vården sattes med den tillfälliga lagen vid entrén till akutsjukhusen. Lagen gav rådrum för analys och reflektion. Utredningens förslag flyttar stoppskylten från akutsjukhusen till att endast omfatta den samordnade vården, som ges bl a vid universitets- och regionsjukhus. Motiv är denna vårds nära kopplingar till forskning, utveckling och utbildning och att den därmed är starkt styrande för hela vårdssystemet.

Viktiga prioriteringar sker i fråga om förebyggande insatser, breda folkhälso-program och utveckling av behandlingsformer. Vården är dessutom komplex och föränderlig och därför svår att precisera i uppdrag och avtal. Saknas helt marknadslika förutsättningar får överlåtelse av verksamheten till privat entreprenad lätt inslag av godtycke.

Utredningen ger ökade möjligheter

För övrig specialistvård vid sjukhus, kliniker och i öppen specialistvård öppnar utredningens förslag större rum för landsting, som så vill, att lämna verksamhet på entreprenad. Men oberoende av om landsstinget driver verksamheten i egen regi eller lämnar ut uppdraget gäller likartade regler för finansiering, dvs stopp för förtur och »gräddfiler«.

Förslaget hotar inte rättvisan

I debatten kring utredningens förslag har man hävdat att det ökade utrymmet för entreprenader hotar rättvisan i vården. Det är emellertid inte i akutsjukvården som prioriteringar i vården kan sättas ur spel. Privatvård avser främst planerad

vård, och brott mot prioriteringsordningar och förturer uppstår i andra delar av vårdkedjan. Snabbare diagnos och remiss i öppen specialistvård med privat finansiering ger i många fall också indirekt förtur till behandling. En mer generell reglering av vårdens finansiering blir ett starkare stöd för hälso- och sjukvårdens prioriteringar och mål än en stoppskylt vid sjukhusets entré.

Omkring tre fjärdedelar av hälso- och sjukvårdens resurser går till specialistvården. Omkring en fjärdedel går till primärvården, där utrymmet nu finns att t ex genom entreprenader pröva alternativa driftsformer. Potentialen för nya lösningar, som kan avse behandlingsformer, effektivare administration, bättre utnyttjande informationssystem och ny teknik osv, finns inom primärvården, men antagligen i högre grad inom specialist- och sjukhusvård.

Större utrymme för alternativen

Utredningen vill med sitt förslag ge bredare och större utrymme för alternativa driftsformer att bidra med nya arbetsmetoder och lösningar. Stor del av vårdpersonalens tid ägnas åt informationsöverföring. Ny teknik och nya metoder kan ge effektivitetsvinster som motsvarar betydande resurstillskott till vården. Entreprenörers anbud är välkomna, men bör bedömas enbart efter vad de kan åstadkomma för den gemensamma hälso- och sjukvården, dvs utan förvirrande snedblickar på vad entreprenörerna säger sig kunna trola fram av kapacitet och resurser från privatvården.

Det är varken möjligt eller önskvärt att förbjuda privat finansierad vård men den bör, som hittills, ges av de genuint privata vårdgivare som med egna investeringar och risker etablerat egen verksamhet.

Skall vården och vårdens personal klara sina svåra och växande uppgifter behövs långsiktigt stabila spelregler och mer av politisk samsyn. Utredningens förslag ger ett större utrymme för privata vårdgivare att medverka i den gemensamt finansierade vården, men också regler för att i en större mångfald värna hälso- och sjukvårdens prioriteringar och mål.

Referenser

1. Commission on the Future of Health Care in Canada. Building on values: The future of health care in Canada. Ottawa; 2002.
2. Heister C. När makt går före vård. Göteborgs-Posten 2003-03-10.