

Bra att tystnaden äntligen bryts!

Jag har aldrig anklagat läkare som arbetar privat för att ha sämre etik än andra, än mindre för att vara skumma kapitalister. Jag har pekat på konflikten att samtidigt vara den enskilde patientens vårdgivare och aktieägare i det privata vårdbolaget. Fortsatta privatiseringar inom kliniker/enheter som behandlar utsatta grupper bör stoppas i avvaktan på att resultat tas fram från studier där redan privatiserad vård jämförs med offentlig.

Tre distriktsläkare går i artikeln »Försök inte att göra oss till några skumma kapitalister« [1] till frontalangrepp mot min tidigare artikel i Läkartidningen »Har pengarna blivit viktigare än etiken?« [2]. Jag vill först säga att det är bra att tystnaden äntligen bryts i dessa för sjukvården så väsentliga frågor.

De tre distriktsläkarna säger att jag påstår att de som arbetar privat skulle ha sämre etik än andra, vilket skulle innebära att »privat drivna vårdcentraler idag i Sverige skulle vara behäftade med sämre moral och etik«. Jag har inte påstått något sådant, ej heller har jag försökt göra privat verksamma distriktsläkare till några skumma kapitalister.

Min huvudsikt med artikeln var att påpeka att när en läkare som är vårdgivare för en enskild patient samtidigt är aktieägare i det privata bolag som bedriver vården kommer de ekonomiska vinsterna och etiken i konflikt med varandra.



JAN HALLDIN
med dr, överläkare,
Stockholm
jan.halldin@sll.se

I ett privat bolag är den ekonomiska vinsten central och är du aktieägare påverkas din egen ekonomi av hur det går för bolaget. Är du både aktieägare och läkare/vårdgivare i samma bolag kan du därför påverkas, ibland kanske omedvetet, att handlägga dina patienter så att den ekonomiska vinsten i aktiebolaget och därmed din egen ekonomi i första hand gynnas. De etiska riktlinjerna kan då riskeras att komma i kläm.

Jag antydde genom två exempel hur detta skulle vara möjligt. Därmed har jag inte sagt att den privata distriktsläkaren i handläggningen av enskilda patienter vanligtvis handlar i strid med läkaretiken. Det jag vill framhäva är att riskerna för att en eller annan kollega lockas att bete sig på ett oetiskt sätt ökar.

Jag angav också att riskerna är störst på enheter där utsatta grupper med sammansatta vårdbehov av både social och medicinsk natur handläggs, exempelvis inom primärvård och beroendevård.

Primärvården har i sitt åtagande en stor komplexitet med befolkningsansvar för ett visst område och med ansvar för samhällsinriktade förebyggande insatser. Att



»Vi vill bedriva ett mycket gott primärvårdsarbete med hög kvalitet på mest effektiva sätt, skrev distriktsläkarna Rune Kaalhus, Anders F Nilsson och Mikael Stolt i polemik mot Jan Halldin i LT 26–27/2007.

översätta dessa insatser i ekonomiska termer är svårt, då det inte alltid på förhand går att precisera exempelvis tidsåtgång och ersättningsnormer. Risken kan bli att förebyggande insatser nedprioriteras i en privat driven primärvård.

Jag redovisade i min artikel de flermiljonvinster, förutom lönen, som några läkare inom den privata primärvården och den privata beroendevården inom Stockholms läns landsting kunnat stoppa i egna fickor under senare år. Jag tycker att dessa flermiljonvinster är orimliga, inte minst med tanke på att de härrör från våra gemensamma skattemedel. Jag frågar mig själv hur detta kan vara tillåtet.

Nu skriver de tre distriktsläkarna att »Dessutom kan man variera lönen och sänka densamma, vilket också kan ge ökad vinst« [1]. Förvisso sant, men de nämner inte skälet till detta kan vara att minska skatten, då skatten

på vinsten endast är 30 procent.

Visst är jag medveten om att många anställda inom landstinget är trötta på landstingets storskalighet och ibland långsamma och kostsamma administration. Jag tycker att det är bra att man inom privatvården försöker effektivisera det administrativa arbetet så att personalen i stället koncentrerar sig på själva patientverksamheten.

De tre distriktsläkarna anger att vi alla har »erfarenhet av hopplöst ineffektivt driven landstingssjukvård«. Som exempel nämns vårdgivare som träffar 2–3 patienter per dag. Detta låter onakligen som mycket få besök, men utan angivande av varifrån siffran är tagen vill jag inte kommentera den.

Däremot anser jag inte att produktiviteten i form av till exempel antal patientbesök mäter effektiviteten. Effektiviteten är slutresultatet av insatta åtgärder – ett mått som

är betydligt svårare att fånga, speciellt hos patienter med många sammansatta vårdbehov. Hög produktivitet i form av många besök är alltså inte liktydigt med hög effektivitet.

Jag är övertygad om att det finns många exempel på bra vård både inom den offentliga och den privata sektorn. Jag anser emellertid av skäl som jag angivit i min tidigare artikel [2], och som jag delvis utvecklat närmare här, att det är olämpligt att bedriva privat vård rörande utsatta grupper med sammansatta vårdbehov såsom inom primärvård och beroendevård.

Dessutom bör ekonomiska vinster inom den offentligt finansierade vården alltid återinvesteras i vården och inte hamna i vårdgivarnas egna fickor. Konflikten mellan att samtidigt vara den enskilde patientens vårdgivare och aktieägare i det privata vårdbolag som bedriver vården gör att risken för etiska övertramp påtagligt ökar.

Slutligen skulle jag vilja vädja till våra sjukvårdspolitiker att tills vidare stoppa fortsatta privatiseringar åtminstone inom kliniker och enheter som behandlar utsatta grupper. Innan ställningstagande till ytterligare privatiseringar görs föreslår jag följande:

Gör inom Stockholms län ingående studier och jämför ett par privatiserade vårdcentraler med ett par offentligt drivna. På samma sätt bör den privat drivna beroendevården (Maria Beroendecentrum AB) jämföras med den offentligt drivna beroendevården inom Stockholms läns landsting. I studierna bör analyser göras med hänsyn till de aspekter som tagits upp i denna och i föregående artiklar i ämnet [1, 2].

REFERENSER

1. Kaalhus R, Nilsson AF, Stolt M. Försök inte att göra oss till några skumma kapitalister. *Läkartidningen*. 2007;104:2004.
2. Halldin J. Har pengarna blivit viktigare än etiken? *Läkartidningen*. 2007;104:1665-6.

Nej till vinstdriven vård

Det finns såväl principiella som hälsoekonomiska skäl till varför man inte skall kunna tjäna pengar på människors sjukdomar. Privatiseringsförespråkarna presenterar inte ett enda bevis för att vinstdriven vård ger bättre ekonomiska resultat eller är mera kostnadseffektiv.

I en kommentar på Läkartidningens webbplats till Jan Halldins debattinlägg om problemen med vinst i en offentligt finansierad vård [1] <<http://www.lakartidningen.se/includes/showComments.php?articleId=6816#804>> frågar sig kollegan Jaan O Novek varför man inte skall kunna tjäna pengar på människors sjukdomar.

Det finns principiella skäl. Sjukvårdens möjligheter och befolkningens behov är i grunden oändliga, medan de resurser samhället kan förordla till sjukvården är begränsade. Gapet mellan resurser och tänkbara behov kommer att fortsätta att växa i takt med medicinska och tekniska framsteg. Detta innebär att vi ständigt måste överväga marginalnyttan av nya behandlingar, som ofta är lite effektivare men alltid avsevärt dyrare än de etablerade.

Som illustration kan väljas situationen där man har möjligheten att ge ett läkemedel som jämfört med äldre alternativ är 2 procent effektivare i att förebygga invaliditet eller död, men till tjugo gånger högre kostnad. Det rationella valet kan då vara att avstå från den nya, dyrare behandlingen då resurserna kan komma till

bättre nytta på annat håll. I en offentligt finansierad vård skall en sådan ekonomisk »vinst« användas för att kunna erbjuda ytterligare några patienter behandling och inte delas ut till aktieägare eller som läkarbonus.

Det finns också hälsoekonomiska skäl: prestationsbaserad, vinstdriven vård blir dyrare och mindre effektiv, se till exempel ledaren i *New England Journal of Medicine* den 23 oktober 2003 och dess referenser [2].

Novek skriver: »Jag anser att det inte finns någon som helst logisk motsättning mellan vinst och etik.« Att det kan finnas motsättningar framgår av följande ord som jag fick från en distriktsläkarkollega som läst ett av mina tidigare inlägg i *Läkartidningen*:

»Jag hör till de allmänläkare som tycker det är en spännande uppgift att skapa en så adekvat balans som möjligt mellan vårdbehov och efterfrågestyrning, att använda resurser hos all personal så optimalt som möjligt, att delegera det som går till andra i teamet och fördela insatser till lägsta adekvata vårdnivå. Det är en strategi för bra tillgänglighet och för att de mer sjuka ska få den läkartid de behöver. De med tidskrävande problem ska ägnas tid utan tanke på om de är »olönsamma« eller ej.

Att prioritera så medicinskt adekvat som möjligt



Foto: IBL

Ekonomisk »vinst« som uppstår vid val av olika behandlingar skall användas för att kunna erbjuda ytterligare några patienter behandling, och inte delas ut till aktieägare eller som läkarbonus, anser artikelförfattaren.

är en av våra centrala uppgifter i vår position närmast befolkningen. Jag vill balansera efterfrågan så att jag inte belastar köer för medicinskt befogade fall. Det är en fråga om solidaritet som vi med goda förklaringar bör bidra till att uppehålla. Nöjdhet med vård och tillgänglighet är viktigt, men en inriktning som skapar största möjliga hälsovinst i befolkningen med de resurser som finns är också mycket viktigt. Denna arbetsmoral tycker jag ska vara en del av allmänmedicinen. Jag tycker inte att det är altruism utan en medveten humanism.

Jag vill inte arbeta i ett system där avsteg från denna moral uppmuntras av ekonomiska incitament. Då öppnas slussarna för att kommersiella intressen försvagar läkaretiken och en behovsstyrd vård.

Orden hos många säger en sak, men de drifts- och organisationsformer de



ERIC BERTHOLDS
överläkare,
medicinkliniken,
Kärnsjukhuset i Skövde
eric.bertholds@vgregion.se

förespråkar en annan. Jag tror inte att vinstdriven vård förstärker och utvecklar den arbetsmoral jag kortfattat beskrivit utan försvagar den. Vissa verksamheter måste för god kvalitet helt enkelt styras av andra etiska värderingar än de som gäller i privat service-näring. I sin essä »Profiten, plikten och konsten att vara människa» kallar Göran Rosenbergs det pliktmoral, till skillnad från den profitmoral som behövs i andra verksamheter. För detta krävs en ledning som förstärker den vårdspecifika etiken och motverkar främmande kommersiella intressen.«

»Novek själv presenterar däremot inte ett enda bevis, inte ens ett exempel, på att vinstdriven vård ger bättre medicinska resultat eller är mera kostnadseffektiv.«

Novek undrar varför vinst accepteras i läkemedelsindustrin men inte i vården. Allmänt accepterade är dock inte läkemedelsindustrins ekonomiska drivkrafter. Se t ex BMJs temanummer »Too much medicine?«, där slutsatsen i ledaren [3] är »almost certainly«. Eller WHO:s rapport »Priority medicines for Europe and the world« [4], där författarna med större satsningar från samhällets sida vill styra läkemedelsmarknaden. Och så sent som den 27 april i år skrev Socialstyrelsen, i sin rapport om cancervården i Sverige, bl a följande: »Den förändrade prissättningsstrategin innebär att företagen på ett helt annat sätt än tidigare är beredda att exploatera människors sjukdom och ångest samt även beslutsfattares opinionskänslighet i syfte att öka aktieägarevärde och vinster.«

Novek frågar om kritiken mot vinst i vården bygger på bevis eller bara fördomar. Det finns omfattande bevis. Exempelvis onödiga operationer i vinst-

syfte i Schweiz [5]. I USA, ett annat land med vinstdriven vård, studerades i en undersökning [6] vårdkonsumtionen i 307 väldefinierade sjukhusdistrikt. Man fann t ex att »högaktiva« områden utförde upp till tio gånger fler operationer än »lågaktiva«. Skillnaden berodde mera på tillgången till specialister inom de olika regionerna än på sjukligheten i befolkningen; ju fler kardiologer desto fler ballongvidgningar osv. För många av de studerade åtgärderna var dessutom kvaliteten och resultaten bättre i de lågaktiva områdena.

Novek själv presenterar däremot inte ett enda bevis, inte ens ett exempel, på att vinstdriven vård ger bättre medicinska resultat eller är mera kostnadseffektiv. Samma gäller övriga privatiseringsförespråkare. När detta påpekades i ett mail till socialministern Göran Håggglund svarade han att regeringen ändå »anser« att vinstdriven vård är bra. Stockholms landstingsråd Filippa Reinfeldt svarade, genom sin brevhantare Jessica Rosenkrantz, att det är en »mycket stark övertygelse hos oss«. Och i en replik i Dagens Medicin den 3 maj 2007 »menar« Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm att vinstdriven vård är bra och att hon »räknar« med de effektivitetsvinster som vanligtvis uppstår när konkurrens och valfrihet införs. Dessa repliker antyder att underlaget för regeringens så kallade startlag grundas på tro, inte på fakta.

Till sist: bättre tillgänglighet och bemötande är givetvis viktigt, och jag instämmer i att den offentliga vården där har mycket att lära av den privata sektorn. Men enbart bättre serviceanda kan knap-

past motivera ett systemskifte av den svenska sjukvårdsmodellen. En modell som trots sina brister ändå ger bl a de sjukaste och svagaste en starkare ställning i vårt samhälle än i kanske något annat land.

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: I sitt inlägg avfärdar Novek kritiken mot vinst i vården med påståenden om socialistisk retorik och planekonomi. I tidigare repliker i Läkartidningen har mina argument kallats för socialistisk skrämselfpropaganda [7] och ideologisk förklaringsmodell [8]. Låt mig därför bekänna: jag tycker om pengar; lever gott och borgerligt och tror för det mesta på marknadsstyrning, undantaget Försvaret, Polisen, Brandkåren och Sjukvården.

REPLIK:

Ingen motsättning mellan vinst och god läkaretik

Om man tillåter både vinster och gräddfiler i vården skulle Sveriges beryktade vårdköer försvinna, vilket skulle vara till godo för hela befolkningen.

Kollegan Bertholds kritiserar mig för att inte komma med ett enda bevis för mina påståenden. Det har inte varit min avsikt i en debatt av detta ämne; det är ingen vetenskaplig avhandling som ska försvaras.

Vinstbegreppet är emotionellt och politiskt laddat. Jag tycker dock fortfarande att det är hyckleri att förneka vinst som en positiv faktor för god vård och produktion och ökat välbefinnande för alla medborgare. Man kan ju alltid leta upp avskräckande exempel, de offentliga mottagningarna och

JAAN O NOVEK
husläkare,
Minikliniken i Nybro AB
jaan@minikliniken.se

REFERENSER

1. Halldin J. Har pengarna blivit viktigare än etiken? Läkartidningen. 2007;104:1665-6.
2. Fisher E. Medical care – is more always better? N Engl J Med. 2003; 349:1665-7.
3. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? BMJ. 2002;324:859-60.
4. Kaplan W, Laing R. Priority medicines for Europe and the world. Geneva: WHO Department of Essential Drugs and Medicines Policy; 2004. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_PAR_2004.7.pdf>
5. Bertholds E. Vinstdriven vård löser inte sjukvårdens problem. Läkartidningen. 2006;103:2712-3.
6. http://www.dartmouthatlas.org
7. Nordlander NB. Det socialistiska kösamhället. Läkartidningen. 2006; 103:3015.
8. Olsson S. Orimliga jämförelser och sammanblandning finansiering/drift. Läkartidningen. 2006;103: 3014-5.

den kommunala vården ej undantagna.

Vad är det för fel att få hög lön eller att vara duktig och arbeta ihop en vinst i vården? Då borde man väl vara konsekvent och förbjuda vinst vid produktion av våra andra minst lika basala behov som mat och bostad. På dessa områden går ju samhället också in med massiva subventioner och regleringar. Läkarnas överlöner borde då också solidariskt i jämlikhetens namn nedregleras. Enligt en enkät tycker en stor del av svenska folket att 32 000 kr/månad vore en normal läkarlön!

Jag vill dessutom påstå att om man tar bort skyglapparna från förra seklet och tillåter både vinster och gräddfiler i vården skulle Sveriges beryktade vårdköer försvinna, och detta skulle vara till godo för hela befolkningen. Vinst i sig står inte i motsats till god läkaretik! Det gör däremot girighet och avundsamhet!

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.