

Vinst i vården?

Drivkrafterna avgörande

Vi är alla – såväl i det privata som i det offentliga – underordnade vissa ekonomiska ramar. Det avgörande är vad man gör med det ekonomiska resultatet. För oss är inte drivkraften att tjäna pengar, utan att »göra gott«. Patienterna vill ha alternativ i vården utan att känna oro för att bli utnyttjade, skriver Thorbjörn Larsson, direktor, Ersta diakoni, som här fortsätter debatten om vinst i vården.



Foto: Åsa Tuvenvall

Titthälsoperation på Ersta sjukhus.

I Läkartidningen har det under våren och sommaren pågått en debatt om vinstintressen i vården. Det är en viktig och välkommen debatt. Och nog är det symptomatiskt att de som deltagit hittills är enskilda läkare och några företrädare för små privata vårdföretag, medan de som enligt min mening borde vara mest aktiva, det vill säga de stora vårdkoncernerna och de ideella organisationerna, lyser med sin frånvaro.

I debatten här i LT har ett antal frågor ställts som förtjänar ett svar. Samtidigt har ett perspektiv hittills saknats i debatten – nämligen det civila samhällets och de ideella vårdgivarnas roll – och om detta har jag några ord att säga.

Men låt mig börja med att ge mina svar på tre centrala frågor som ställts.

■ **1. Har pengar blivit viktigare än etiken inom vården?**

Ja, ibland. Och allt oftare, såväl i offentlig sektor som i det privata.

När det uppmärksammas att läkare inom primär- och missbrukarvården kan plocka ut stora vinster från sina företag utöver sina rätt hyfsade löner så kommer fler att vilja försöka följa efter för att tjäna stora pengar. Drivkraften kommer för fler – dock inte för alla – att bli att tjäna pengar på sin verksamhet inom vården. Det är just den möjligheten, i mycket större skala, som de stora vårdbolagen och dess riskkapitalister upptäckt och som nu gör att dessa ger sig in på den svenska vårdmarknaden på jakt efter goda affärer. Detta är i och för sig inte så konstigt, men eftersom det

handlar om vård och omsorg krävs extra eftertanke.

Men inte heller offentlig sektor går fri från diskussionen om ett ekonomistiskt synsätt på vård och omsorg. Där de privata aktörerna kan pruta på kvalitet för att öka sin vinst, där prutar kommuner och landsting på kvaliteten för att hålla sin budget. Den offentliga upphandlingen pressar ofta marknaden hårt för att till lägsta kostnad få mesta (inte bästa) möjliga vårdtjänster utförda. Principen är alltså att den som erbjuder sig att ta hand om en sjuk människa till lägsta pris ska få uppdraget. På så vis blir det centrala i transaktionen att den vård som ges ska vara billig för utföraren, snarare än att den ska hålla hög kvalitet för vårdtagaren.

Här hamnar vi i en situation som kan liknas vid gamla tiders fattigauktioner där den som var beredd att ta hand om ett medellöst fattighjon till lägsta kostnad fick uppdraget av fattigvården i socknen. Det är naturligtvis enormt mycket bättre idag. Men principen om att den som betalar minst får jobbet lever kvar, det är bara att titta i upphandlingsunderlagen från kommuner och landsting. Och vad är detta om inte ett uttryck för ett ekonomiskt synsätt, dvs drivkraften att sänka sina produktionskostnader för att förbättra sitt resultat, för att spara pengar, för att hålla budget – eller för att göra vinst?

Men samtidigt med ambitionen att pressa priserna vid upphandlingar så är det ganska uppenbart att rationaliteten många gånger brister rejält på hemmaplan i den offentliga vården. Ineffektivitet, köer, omorganisationer och onödiga chefsnivåer är bara några faktorer som leder till att det på sina håll produceras förfärande lite vård per satsad

skattekrona. Utan att någon reagerar, mäter, värderar – och förändrar!

Ett annat exempel som visar hur det offentliga tappat kvalitetsfokus till förmån för ekonomifokus är vilka krav som ställs i upphandlingar. Vi på Ersta diakoni har deltagit i upphandlingar inom vård och omsorg som ställt detaljkrav på hur vi sorterar våra sopor, om vi använder miljöbränsle, om vi har mångfaldsplaner, rehabplaner och jämställdhetsplaner ... men där det inte finns ett enda egentligt och mätbart krav på att vi ska beskriva kvaliteten i den vård vi planerar att ge. Det finns ingen som frågar om en gammal människa ska få duscha en gång i veckan eller en gång i månaden, det finns ingen som undrar om man har rätt att komma ut i parken, om man får välja vilken mat man vill äta eller ens alltid hur personaltätheten ser ut. Många gånger har upphandlingar idag en tendens att gynna landstinget (dvs de friska skattebetalarna) och missgynna patienter och klienter.

Detta skriver jag för att illustrera att vi alla – såväl i det privata som i det offentliga – är underordnade vissa ekonomiska ramar och att det är inom dessa ramar som det krävs goda värderingar och professionell ledning för att lyckas ge vård och omsorg av hög kvalitet.

■ **2. Är privata vårdbolag skumma kapitalister?**

I en debattartikel i Svenska Dagbladet [1] beskriver Inger Schörling och Ola Johansson (Delegationen för mångfald inom vård och omsorg) hur de internationella riskkapitalisterna tar för sig på den svenska vårdmarknaden. På kort tid



THORBJÖRN LARSSON
direktor, Ersta diakoni, Stockholm
Thorbjorn.Larsson@erstadiakoni.se

har tre av de fem stora privata vårdföretagen köpts upp av brittiska riskkapitalister. Capio ägs nu av Apax Partners med Nordic Capital som delägare (verksamma inom branscher som möbler, kläder, dagligvaruhandel, reklam och nöjen). Carema ägs av 3i och till 15 procent av Singapores regering (!?). Attendo Care köptes upp av riskkapitalisterna i Bridgepoint (kläder, vin, försvarsmateriel och bilindustri), som sedan sålde det vidare till Industrikapital (medier, mat, byggsektor och detaljhandel).

Schörling och Johansson skriver: »Korta ägarperioder, köp och försäljningar visar att avkastning och värdetillväxt är riskkapitalbolagens överordnade syfte.« Även om Schörling och Johansson har en känd politisk hemvist med därmed tillhörande åsikter så pekar de på en ur gammal varning.

Vad bryr sig en anonym ägare om en vårdcentral i Bandhagen eller en senildement kvinna och hennes anhöriga på ett äldreboende i Solna? Risker är stor att människan reduceras till en siffra på ett Excel-ark. Om vinsten till aktieägarna är den enda drivkraften riskerar etik och människosyn att hamna i andra rummet.

Men tilläggas bör att de allra flesta av dagens dryga 12 000 privata företag som levererar vård och omsorg till kommuner och landsting inte hör till kategorin ovan. Men trenden är uppenbar – de stora köper upp de små. En utveckling som går mot mindre mångfald och med stor sannolikhet mot mer vinsttänkande i vården.

Det är ett bekymmer att politik och etik har uppenbara svårigheter att hänga med i kapitalets tempo när vi tycks stå inför en ny privatiseringsvåg i svensk vård och omsorg.

■ 3. Är det fel att tjäna pengar på hårt arbete i ett vårdföretag?

Ja, ibland.

Det är fullt möjligt att en bolagsledning i ett vårdföretag kan jobba väldigt hårt för att bedriva dålig vård med målet att tjäna mycket pengar. Det vi måste bedöma är resultatet för klienter och patienter. Enligt min mening är det tre faktorer som avgör huruvida vård och omsorg är bra eller dålig; dessa tre faktorer är verksamhetens värderingar, dess rationalitet (ekonomisk effektivitet) samt dess kvalitet.

Det som avgör hur betyget ser ut när vi dömer och utvärderar är resultatet för vårdtagarna och för deras anhöriga. Den som arbetar hårt och levererar excellenta resultat i en verksamhet som

stys av goda värderingar och ekonomisk effektivitet behöver inte skämmas för ett gott resultat också på den ekonomiska sidan.

Men det är sedan, när besluten fattas om hur ett plusresultat ska användas, som det blir intressant. Det är i aktieutdelningens ögonblick som det synliggörs vilka drivkrafter en ägare har – att berika sig själv eller att berika andra med sina insatser för personal, patienter och anhöriga.

Jag vill också kommentera den ideella sektorn och det civila samhällets roll och möjligheter när det gäller att utveckla kvaliteten och öka mångfalden inom vård och omsorg i Sverige.

De så kallade non-profit-aktörerna inom vård- och omsorgssektorn växer. Totalt är vi idag nära 400 organisationer med 6 500 anställda som arbetar med vård och omsorg. Omsättningen är uppemot 5 miljarder om året.

Vi har alltså att göra med en betydande och växande del av den svenska vården och omsorgen. Inom omsorgen var det endast sju av alla landets kommuner som inte köpte in omsorgstjänster från privata företag 2005. Samma år köpte kommuner och landsting privat vård för sammanlagt 32 miljarder kronor. Och de privata inslagen kommer att öka [2].

Därför är det olyckligt när debatten om privat eller offentlig vård hela tiden har det offentliga som norm och »sanning«. Denna utgångspunkt är förlegad och blir alltmer obsolet för varje år som går. Diskussionen måste framöver utgå från de olika organisations- och driftsformer som redan är ett faktum i svensk vård och omsorg.

I den ideella sektorn arbetar människor som drivs av en idé, och inte sällan av ett socialt patos. Hit söker sig vårdpersonal som vill ha makt över sin arbetssituation, som vill ge sin verksamhet en speciell inriktning med en speciell kvalitet eller helt enkelt människor som är hjärtligt trötta på landstingens byråkrati och hierarkier.

Företagen, stiftelserna och organisationerna bland de ideella vårdgivarna erbjuder därmed ett alternativ såväl till landstingets byråkratiska och opersonliga sjukvårdskoloss som till privata vårdföretag. Vår sektor motverkar koncentration bland de privata vårdföretagen, den mobiliserar frivilliga insatser och ger möjlighet för olika grupper att ta eget ansvar att driva vårdverksamhet. Den kan också med sin särart möta skilda språkliga och kulturella behov i ett

samhälle med större etnisk, kulturell och religiös mångfald. Företagen och organisationerna i vår sektor står ofta nära patienter med sin bas i lokalsamhället. Det är här vi spelar en roll, och det är här medborgarna, patienterna och personalen vill ha oss!

Men också i de ideella vårdgivarnas arbete måste ekonomisk effektivitet tas på största allvar. Ska vår verksamhet överleva och utvecklas måste den bära sina egna kostnader. Den måste bedrivas ekonomiskt lönsamt i relation till andra aktörer som erbjuder likvärdiga tjänster. Och den bör också ge ett visst ekonomiskt överskott – en vinst – som kan investeras i verksamheten eller i utbildning och utveckling av vår personal. I den bemärkelsen måste också vi i den ideella sektorn, precis som alla andra aktörer, vara intresserade av goda ekonomiska resultat. Allt annat vore oförsvarbart.

Men det som skiljer är vad man sedan gör med detta resultat. Och det är det som är det avgörande. För mig och alla andra som arbetar i den ideella sektorn är drivkraften inte att tjäna pengar. Vi drivs av värderingar och en vilja att göra skillnad. Vi gör ett bra jobb, vi arbetar hårt, och om vi skapar ett överskott så går varje krona tillbaka till vården. Inte ett öre tillfaller ägarna i form av aktieutdelning eller annan profit. För oss är årets höjdpunkt inte dagen då aktieutdelningen kommer. Drivkraften handlar om att göra gott och att med de medel som står till buds göra en god gärning på arbetstid, ofta med stöd av insatser som utförs av volontärer på deras fritid.

Jag tror att det är drivkraften som är den avgörande skillnaden. Det vill säga huruvida det stora (eller det lilla) vårdföretaget primärt drivs av en målsättning att tjäna pengar eller av något annat, som kanske kan beskrivas som en humanistisk drivkraft att »göra gott« för utsatta, sjuka eller svaga människor.

Den privata non-profit-sektorn inom vård och omsorg har framtiden för sig. Patienterna vill ha alternativ i vården utan att känna oro för att bli utnyttjade.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Schörling I, Johansson O. Varning för vinster i vården. Svenska Dagbladet 2007 juli 10.
- Nutek. Vård och omsorg – en framtidsbransch. Stockholm: Nutek; 2007. Faktablad nr 1, januari 2007.