Utveckla vården och avveckla vinstintressen

GEMENSAM VÄLFÄRD STOCKHOLM

Utveckla vården och avveckla vinstintressen
– en skrift från Gemensam Välfärd Stockholm

Copyright © 2014 Tolvnitton Förlag AB
Copyright © 2014 Gemensam Välfärd Stockholm
Omslag och grafisk form: Kerstin Taxén
Tryck: Totem, Inowroclaw, Polen 2014, genom www.kalejdoskop.net
ISBN: 978-91-87724-01-5

Innehåll

Förord 4

Vad gör Gemensam Välfärd och Vårdnätverket? 5

Hälsa är en mänsklig rättighet – inte en kommersiell marknadsvara 7

Hälso- och sjukvårdens framtidsplan för Stockholms län – en planering på marknadens villkor 10

Den ojämlika hälsan i Stockholms län 16

New Public Management – en bas för vårdens kommersialisering 23

Effekter av vinstdriven vård 34

Vårdpersonalens arbetsmiljö och patientsäkerheten försämras av nedskärningar och marknadsprinciper 42

Hemtjänsten som marknad i Stockholm 46

14 hemtjänstbesök – på 4 timmar 52

Vårdval Stockholm – kritiken växer 54

Systemfel går ut över psykiatriska vården 56

Regeringens folkhälsopolitik på villovägar 59

Sluta straffa våra patienter 63

”Systemet har varit vårt minne över utveckling och förändring av levnadsförhållanden.” 66

Allvarligt slarv med statistik kring dödsfall 69

Vad tycker Gemensam Välfärd Stockholm om hälso- och sjukvården och hemtjänsten? 72

Förord

Vi har sammanställt den här skriften utifrån olika seminarier vi genomfört, upprop vi initierat och artiklar vi skrivit för att ge exempel på våra analyser, vad vi tycker och på vad vi gjort. Vårdnätverket har som en del av sin verksamhet tagit fram en rad analyserande och argumenterande texter om följderna av kommersialiseringen av sjukvården och äldreomsorgen: rapporter, manifest, remisser, seminariereferat med mera. Under Dokumenterat i Gemensam Välfärds huvudmeny på hemsidan finns många fler av dessa dokument under rubriken Hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Förutom det mer teoretiska arbetet deltar vi i demonstrationer, delar ut flygblad, organiserar ett bokbord med mera.

Skriften är ett kollektivt arbete inom nätverket där olika medlemmar tagit fram utkast på texter som sedan granskats av andra medlemmar, diskuterats på nätverksmöten och slutkorrigerats. Gunnar Ågren skrev första versionerna av bidragen om Den ojämlika hälsan i Stockolms län och Hälso- och sjukvårdens framtidsplan – en planering på marknadens villkor. Göran Dahlgren skrev de första versionerna av bidragen om Effekter av vinstdriven vård och New Public Management – en bas för vårdens kommersialisering. Christer Hogstedt och Töres Theorell skrev första versionen av Vårdpersonalens arbetsmiljö och patientsäkerheten försämras av nedskärningar och marknadsprinciper. Peter Lorentzon och Britta Ring skrev första versionen av Hemtjänsten som marknad i Stockholm.

Christer Hogstedt har samordnat arbetet och Maria Sundvall har deltagit i redigeringen.

LO-distriktet i Stockholm har bidragit ekonomiskt till skriften.

Gemensam Välfärd Stockholm – Vårdnätverket

Vad gör Gemensam Välfärd och Vårdnätverket?

Nätverket för Gemensam Välfärd drivs av organisationer och enskilda som verkar för en utveckling och vitalisering av den gemensamma välfärden. Vi vill att sjukvård, skola, omsorg, el- och vattenförsörjning, post, telekom och kollektivtrafik ska ingå i en långsiktig samhällsplanering som grundar sig på jämlik och trygg tillgång, hög kvalitet, miljöhänsyn och rimliga arbetsvillkor. Vi vill leva i ett land och i en värld där välfärdstjänster betraktas som mänskliga rättigheter och inte som varor på en marknad!

Hur arbetar vi?

Nätverket växte fram utifrån *Upprop för rättvisa och gemensam välfärd* (2005) och har utvecklats till ett forum för kontakter, idéutbyte, analyser och mobilisering. I våra lokalgrupper anordnar vi studiecirklar, möten, seminarier och bedriver lokalt opinionsarbete genom publicerade artiklar, flygblad och demonstrationer. Idag finns det aktiva lokalgrupper i Stockholm, Göteborg, Norrköping och Malmö.

Vi har en hemsida www.gemensamvalfard.se.
Du kan också nå oss via info@gemensamvalfard.se.

Gemensam Välfärd Stockholm, GVS, är en växande grupp som bestämt oss för att det går att påverka allmänhet och makthavare. En påverkan bort från konkurrensmentalitet, vinstintressen och magra budgetramar, till förmån för välfärdslösningar som på allvar sätter mänskliga behov, jämlikhet och rättigheter främst. Vi påverkar genom opinionsbildning, information och nätverkande. Till exempel genom kontakter med arbetsplatser, organisationer och politiker, budkavlar, manifestationer, enkäter, insändare och temakvällar. Och det finns gott om utrymme för nya idéer om hur vi kan nå fram. Vi är partipolitiskt oberoende.

Slå en signal, skicka oss ett mejl. På vår hemsida får du en bild av vår verksamhet. En mer uppdaterad bild av vad vi gör just nu, och hur diskussionerna går inom våra arbetsgrupper, får du genom att kontakta någon av oss aktiva, per mejl eller varför inte telefon! På hemsidan finns uppgifter om de olika grupperna och kontaktpersoner. Aktuella arbetsgrupper i Stockholm förutom sjukvårdsgruppen är samordningsgruppen, Skolgruppen, Äldregruppen, Caremagruppen, ”Värderingar som förändringskraft”-gruppen, Kollektivtrafikgruppen och Bokbordsgruppen.

Vårdnätverket i GV Stockholm

Hälso- och sjukvården i landet och framförallt i Stockholm förändras i grunden. Utgångspunkten är inte längre allas rätt till en god sjukvård och att minska de stora skillnaderna i ohälsa som finns i länet. Utgångspunkten är i stället att öppna sjukvården för kommersiella krafter.

Gemensam Välfärd i Stockholm har på olika sätt, ofta tillsammans med fackliga och andra organisationer, sökt motverka denna utveckling. För att organisera arbetet med sjukvårdsfrågorna har vi skapat ett vårdnätverk. De som är intresserade av att arbeta med vårdfrågorna eller få information om vad vi håller på med kan anmäla sig till ett mejlnätverk. Genom detta nätverk kallas till möte med vårdnätverket ca en gång i månaden. Där diskuteras och beslutas vad vi ska göra: arrangera konferenser och seminarier, ta fram skrifter och flygblad, skriva remissvar och artiklar. För att kort sammanfatta den grund utifrån vilken vi arbetar har vi tagit fram ett Hälsomanifest, *God hälsa är en mänsklig rättighet – inte en kommersiell marknadsvara*, som reproducerats i denna skrift.

Kontaktpersoner till Vårdnätverket:

Peter Lorentzon, petlor@telia.com, tel 08-6402380
Christer Hogstedt, christer.hogstedt@gmail.com, tel: 0768 817078

Hälsa är en mänsklig rättighet – inte en kommersiell marknadsvara

Rättighet

Bästa möjliga hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet och har en central plats i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna. Sverige har godkänt denna deklaration och den är därför bindande för all offentlig verksamhet.

Sjukvårdens uppgift är att förebygga ohälsa, behandla och lindra sjukdom samt åstadkomma största möjliga livskvalitet och funktionsförmåga vid bestående ohälsa. Hälsa som en rättighet innebär att alla har rätt till sjukvård och att vårdens resurser måste fördelas efter behov.

Rättighetsperspektivet finns klart utsagt i hälso- och sjukvårdslagen som förutsätter att landstinget och i vissa fall kommunen har ett ansvar för all offentligt finansierad sjukvård. Lagen stadgar också att sjukvården har ett förebyggande ansvar och måste fördelas efter behov. De som är svårast sjuka skall ha företräde till vården.

Privatiseringen innebär snedfördelning

Med argument om valfrihet i vården har stora delar av sjukvården i Stockholms län privatiserats och etableringsfrihet för vårdgivare inom framför allt primärvård och äldreomsorg gäller. Inom andra delar av vården, exempelvis psykiatrin, har delar av verksamheten lagts ut på entreprenad.

Vårdvalssystemet och etableringsfriheten har medfört att den kommersiella marknaden, och inte människors behov styr sjukvårdens lokalisering. Detta har visat sig tydligt i Stockholms län där nya vårdcentraler i högre grad etablerats i socialt väletablerade områden än i områden med

hög sjukdomsbörda. Vård av jämförelsevis friska människor är ekonomiskt mer lönsam än vård av människor med komplicerade vårdbehov, psykisk eller fysisk funktionsnedsättning eller med dålig ekonomi. Ingen ersättning går till förebyggande verksamhet som är en av sjukvårdens kärnuppgifter.

Dessa förändringar har bidragit till att skapa en sjukvårdsmarknad som domineras av ett fåtal stora vårdföretag, som i flera fall ägds av riskkapitalbolag som gjort miljardvinster, vilka tillfallit ägarna istället för vården och placerats i s.k. skatteparadis.

Ersättningssystemet som används inom sjukvården i Stockholms län premierar läkarbesök som kan klaras av på kort tid. Systemet har inneburit att man på många håll brutit sönder det samarbete mellan olika personalgrupper som funnits inom sjukvården. Detta har drabbat bland annat psykosociala verksamheter och långsiktiga patientkontakter.

Vinstintressena ökar även risken för vårdetiska övertramp. Marknadsstyrning av sjukvården med fokus på vinstintressen hotar människosynen och människovärdet i vården

Insyn och demokratisk kontroll

Privatiseringen innebär ett hot mot sjukvårdens demokratiska styrning, bland annat därför att meddelarfriheten och möjligheten att avslöja missförhållanden inskränks. Trots uppenbara missförhållanden har det visat sig både kostsamt och tidsödande att lösa ut vårdgivare som inte upprätthåller elementära kvalitetskrav. För att vården ska fördelas efter behov måste sjukvården styras demokratiskt och vara öppen för medborgarnas insyn och kontroll.

Skärp lagstiftningen

Vårdval Stockholm och den privatisering som skett inom sjukvården i Stockholm står i direkt motsättning till hälso- och sjukvårdslagens mål om att vård skall ges på lika villkor och att de som är svårast sjuka skall ha företräde till vården. Hälso- och sjukvårdslagen behöver därför skärpa så att det blir möjligt att utkräva ansvar av landsting som inte följer eller motarbetar lagstiftningen.

Svensk sjukvård har hittills hävdat sig väl med förhållandevis måttliga kostnader och hög medicinsk kvalitet. Privatiseringen av sjukvården i Stockholms län överensstämmer med internationella erfarenheter av pri-

vat och marknadsstyrd sjukvård. Länder med privata vårdsystem har betydligt högre sjukvårdskostnader och sämre hälsoutfall än de där vården drivs i offentlig regi.

Offentlig vård ger större möjligheter till insyn och öppen redovisning av vårdresultat. Det ger bättre förutsättningar för ett uppsökande och förebyggande arbete, liksom för att integrera öppen och sluten vård, vilket innebär större möjlighet till valfrihet för alla grupper i samhället.

Hälso- och sjukvårdslagen bör skärpas så att det blir en skyldighet för landstingen att främja jämlikheten i vården.

Vårdval Stockholm måste ersättas av ett rättvist system som:

- Minskar ojämlikheten i tillgång till hälso- och sjukvård och gör den tillgänglig med hänsyn till de olika socioekonomiska förhållandena i länet
- Gör sjukvården lättillgänglig och effektiv
- Ger vård på rätt kompetensnivå och av hög kvalitet
- Arbetar förebyggande och hälsofrämjande för såväl medborgarna som de anställda
- Utvärderas fortlöpande med vetenskapliga metoder för att ge bästa möjliga hälsa till alla

Hälso- och sjukvårdens framtidsplan för Stockholms län – en planering på marknadens villkor

Hälso- och sjukvårdsplanen antogs av Stockholms läns landsting i juni 2012 och har uppdaterats i juni 2013. Meningen är att planen skall vara styrande för investeringar och organisationsbeslut fram till 2018 med ett ännu längre tidsperspektiv.

Det är naturligtvis bra att man försöker planera framtidens hälso- och sjukvård. En framtidsplan bör utgå från de vårdbehov som finns i Stockholms län och en bedömning av hur dessa kommer att utvecklas i framtiden. Stockholms län har redan i nuläget mycket få vårdplatser i förhållande till befolkningen. Klasskillnaderna i hälsa är betydande och stora grupper har svårt att få grundläggande vårdbehov tillgodosedda. Äldrevården fungerar dåligt i många kommuner och den medicinska standarden är låg. Primärvården är svagt utvecklad jämfört med andra vårdgrenar och har ytterligare fragmentiserats genom Vårdval Stockholm.

Till mycket stor del handlar emellertid Framtidsplanen istället om att i efterhand kompensera för de negativa effekterna av Nya Karolinska (NKS). Bygget av det nya Karolinska sjukhuset är en jätteinvestering som påverkar utrymmet för andra satsningar. Samtidigt som kostnaderna ökar minskar antalet vårdplatser jämfört med vad som finns på det nuvarande sjukhuset. Trycket mot akutsjukvården är redan idag mycket hårt och 2020 kommer länets befolkning att ha ökat med 350 000 personer. Det kommer att krävas stora förändringar för att täcka behovet av akutvårdplatser och öka möjligheterna att ta emot patienter på akutmottagningar.

Nya Karolinska innebär en stark satsning på högspecialiserad vård som är mycket viktig för dem som drabbas av svåra livshotande sjukdomar. En av huvudmålsättningarna är att främja innovationer när det gäller be-

handlingsmetoder och läkemedel, där man särskilt framhåller att sjukvården skall bidra till ekonomisk tillväxt. Däremot innebär NKS mindre möjligheter att ta emot ”vanliga” akutmottagningspatienter och antalet vårdplatser minskar med omkring 200 jämfört med nuläget. Tanken är att sjukhuset bara skall ta emot ”blåljusfall”, det vill säga de som kommer med ambulans, och patienter som hänvisas dit eller där man avtalat om inläggning. Det innebär att huvuddelen av dem som behöver akutvård måste hänvisas till andra sjukhus. Samtidigt är pressen mot landstingets övriga akutmottagningar hård redan idag och det finns en stor brist på vårdplatser.

Det behövs med andra ord stora investeringar på landstingets övriga akutsjukhus om man skall klara de framtida vårdbehoven. Utrymmet för sådana investeringar begränsas i hög grad av kostnaderna för NKS. Landstinget har slutit ett så kallat OPS-avtal (OPS = offentlig privat samverkan) med Skanska som innebär att man skall betala 2 miljarder kronor per år för att få tillgång till lokalerna. Vårdplatserna kommer att bli extremt dyra jämfört med annan akutsjukvård. Nuvarande Karolinska kostar omkring 800 miljoner om året i lokalkostnader men bara halva den summan kan sparas in eftersom man måste fortsätta att driva stora delar av det nuvarande sjukhuset, exempelvis Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Trots att planen räknar med att landstingets årliga kostnader för hälso- och sjukvården kommer att öka från dagens 46 miljarder till 62 miljarder 2020 räknar man med att antalet platser och vårdtillfällen inom akutsjukvården bara kommer att öka med omkring 7 procent. Detta räcker inte till för att kompensera för befolkningsökningen och dagens otillfredsställda vårdbehov.

För att klara situationen vill den nuvarande landstingsledningen istället bygga ut närsjukhus och specialistcentra som avlastar akutsjukhusen. Man vill också styra patientströmmarna effektivare genom att utnyttja IT-teknik (e-hälsa) och använda ”vårdcoacher”. Även om både IT och bättre vägledning i vården kan vara till nytta ersätter de knappast några vårdplatser, Det talas också om en satsning på förebyggande verksamhet, framför allt genom att sjukvården blir effektivare när det gäller livsstilspåverkan. Problemet med dessa satsningar är att de framför allt är till nytta för dem som är välutbildade och jämförelsevis friska men däremot har svårt att nå grupper med stora vårdbehov.

Samtidigt förutser planen ett mycket ansträngt ekonomiskt läge för den framtida vården.

För att klara finanserna krävs ett årligt rationaliseringsbeting på omkring 2 procentper år, vilket är mycket och kan leda till personalnedskärningar och ytterligare försämrade arbetsmiljöer.

Huvuddelen av de nya vårdplatserna och specialistcentra kommer inte att finnas tillgängliga 2016, då NKS tas i bruk. Tanken är därför att under en övergångstid behålla delar av gamla KS, vilket självklart skapar andra problem – exempelvis när det gäller personalrekrytering och ytterligare ökade driftskostnader.

Det är också oklart hur satsningen på specialistcentra skall se ut. Det talas å ena sidan om att dessa centra skall vara integrerade med sjukhusvården och att patienter skall kunna växla mellan öppen och sluten vård. Å andra sidan skall man införa vårdval i ökad omfattning inom specialistvården, vilket innebär etableringsfrihet och att det blir vårdbolagens lönsamhetsbedömningar, inte vårdbehoven, som styr utbyggnaden. Därmed blir möjligheterna för landstinget att styra vården och kontrollera kostnaderna mycket begränsade.

Det talas också om att husläkarna skall ta på sig ett ökat ansvar både för akuta insatser och för att delta i samordningen av vårdresurser. Hittillsvarande erfarenheter av Vårdval Stockholm talar snarast för att primärvårdens möjligheter att fungera som bas för sjukvården har försämrats, bland annat genom splittringen mellan olika utförare som konkurrerar med varandra. Ersättningssystemet gynnar i hög grad vård av relativt friska patienter medan de med komplicerade sjukdomsbilder hamnar i strykklass.

När det gäller möjligheterna till styrning av patientströmmarna med e-hälsa och andra åtgärder har kritik redan riktats mot att planeringen bygger på en idealiserad bild både av patienterna och av möjligheterna att bygga upp heltäckande IT-system som klarar en mångfald av vårdgivare och behörighetskrav. De som drar nytta av möjligheterna att beställa tid, få råd eller en remiss via datorn är sannolikt andra grupper än de som kommer in till akutmottagningarna.

Folkhälsoinsatser ges en mycket stor betydelse när det gäller att minska de framtida vårdbehoven. Det kan ge intrycket av att man förstår vikten av förebyggande arbete men det som föreslås är uteslutande så kallade livsstilsinterventioner, det vill säga åtgärder för att förbättra kostvanor, minska rökning och alkoholdrickande samt stimulera till mer fysisk aktivitet. Det handlar om att individen ges ansvaret för sin hälsa och vårdens roll är att ge råd och stöd. Detta är helt otillräckligt. Ett effektivt

förebyggande arbete kräver att man jobbar på lokal snivå. Svårigheterna förstärks av att vårdresurserna inom primärvården, och därmed möjligheterna att jobba förebyggande, är ojämnt fördelade. Etableringsfriheten har också gjort att primärvårdens organisation blivit alltmer fragmentiserad vilket försvårar ett områdesbaserat arbete. Ersättningssystemet som till största delen är baserat på antalet patientbesök missgynnar förebyggande insatser. Det splittrade huvudmannaskapet försvårar också ett bra samarbete med den kommunala äldrevården.

En förebyggande satsning måste utgå från de grundläggande sociala bestämningsfaktorer som skapar ohälsa och vårdbehov i Stockholms län – ojämlikhet, maktlöshet, bristande sociala resurser och arbetslöshet.

Sjukvårdens möjligheter att direkt påverka strukturella faktorer är givetvis begränsade men sjukvården måste vara en aktiv aktör i detta arbete och resurserna måste vara fördelade så att man kompenserar för ojämlikheterna i hälsa och kan samarbeta, framför allt på områdesnivå, med andra samhällsaktörer. Detta kräver grundliga förändringar exempelvis när det gäller primärvårdens grunduppdrag och ersättningssystem. Några sådana förslag finns inte i sjukvårdsplanen.

En allvarlig brist i sjukvårdsplaneringen är att man inte tydligt skiljer på *efterfrågan* av vård och *vårdbehov*. Huvuddelen av planeringen handlar om att tillgodose olika gruppers efterfrågan av vård, genom att använda sig av marknadsmekanismer, framför allt i form av olika prestationsersättningar och genom införande av vårdval på allt fler områden inom specialistvården. Man beaktar inte de stora skillnader som finns mellan olika befolkningsgrupper när det gäller ohälsa och vårdbehov och som belyses i avsnittet ”Den ojämlika hälsan i Stockholms län”.

En mycket stor del av vårdbehoven i Stockholms län faller på grupper som har svårt att efterfråga vård, exempelvis marginaliserade grupper, ofta med missbruksproblem, personer med funktionsnedsättning, äldre och multipelsjuka med svaga sociala nätverk.

Dessa grupper prioriteras ofta bort inom annan vård och hamnar därför så småningom inom akutsjukvården, inte på grund av bristande information utan helt enkelt därför att de är allvarligt sjuka och inte har någon annanstans att vända sig.

Den marknadsorientering och privatisering som präglar framför allt primärvården i Stockholms läns landsting motverkar en behovsbaserad vård. Det blir effekten av att personer med begränsade vårdbehov allför

ofta prioriteras före patienter med sammansatta tyngre vårdbehov. När pengarna samtidigt följer patienten och de vinstdrivna vårdbolagen får lokalisera sina offentligt finansierade vårdcentraler där det är lönsammast, saknas också förutsättningarna för en behovsbaserad vård. Det finns således en klar motsättning mellan en nödvändig styrning av vårdresurser med utgångspunkt från behoven och att göra sjukvården till en marknad.

a. Marknadsstyrning leder till fragmentering av vården. Det gäller att den lokala verksamheten blir lönsam - vad som händer med systemet i sin helhet blir mindre intressant.

b. Forskning och utvecklingsarbete som är nödvändigt för sjukvårdens utbyggnad ses ofta som en extra kostnad.

c. Kunskaps- och metodspridning försvåras exempelvis genom regler om tystnadsplikt när verksamheten privatiseras.

d. Patienter som är mindre lönsamma att behandla prioriteras bort, vilket kan ske med indirekta metoder.

e. Korta snabba besök är i allmänhet lönsammare än långa samtal. Tablettbehandling är lönsammare än samtalsterapi eller rådgivning.

f. Eventuella val mellan olika vårdgivare sker med ett otillräckligt kunskapsunderlag. De flesta så kallade öppna jämförelser bygger på ett skakigt underlag, ofta enkätundersökningar med låg validitet och stora bortfall.

En paradoxal följd av fragmenteringen blir att stora vårdbolag som har såväl primärvård som sjukhusvård och eventuellt också specialistcentra, exempelvis Capio, får ett övertag när det gäller samordning och överblick.

Den nuvarande sjukvårdsplanen måste ersättas med en ny där några viktiga utgångspunkter måste vara:

- Planeringen skall ha till utgångspunkt att åstadkomma en bättre hälsa i Stockholms län och att tillgodose befolkningens vårdbehov.

- Basen för sjukvården måste vara en primärvård, där resurserna fördelas efter behov, där olika personalgrupper samarbetar med förebyggande inriktning och ett klart områdesansvar.

- Antalet slutenvårdsplatser per invånare måste öka med 20 procent fram till 2020.

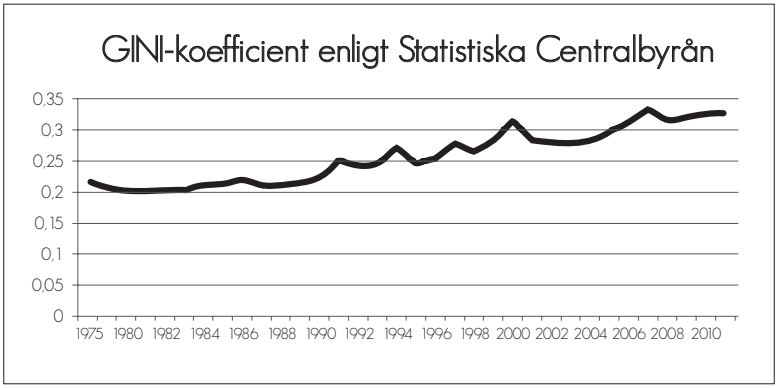
- Tillgången till vårdplatser och resurser för specialistvård måste utgå från befolkningens behov och kan inte fördelas enligt ett vårdvalssystem.

- Privatiseringen av sjukvården i Stockholms län avbryts helt och vårdresurserna återförs på sikt till landstinget.

- Alla ersättnings- och styrsystem inom sjukvården ses över och ersätts av behovsbaserade ersättningar och budgetstyrning.

Den ojämlika hälsan i Stockholms län

Den ojämlika hälsan har betecknats som vår tids största orättvisa och innebär att människor berövas levnadsår och hälsa på grund en orättvis resursfördelning. Den ojämlika hälsan har ett direkt samband med att vi lever i ett samhälle med ekonomisk ojämlikhet och där klyftorna har ökat under de två senaste årtiondena. Stockholms län är Sveriges mest ojämlika region och utmärks av mycket stora hälsoskillnader.

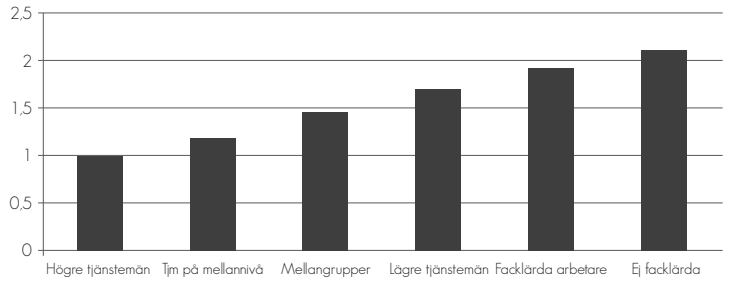


GINI-koefficienten är ett vanligt mått på inkomstskillnader. Ju högre GINI-koefficient, desto större ojämlikhet. På 1980-talet var Sverige ett land med mycket små inkomstskillnader men därefter har ojämlikheten ökat kraftigt. Ett ojämlikt samhälle med stora sociala skillnader blir också ett samhälle där folkhälsan totalt försämras och där hälsoklyftorna vidgas.

Sverige är ett samhälle där hälsoklyftorna ökar. Jämför man grupper med olika utbildningsnivå ser man att lågutbildade släpar efter. Det gäller särskilt kvinnor med låga inkomster och låg utbildning där man kan se en stagnerande hälsoutveckling.

Ojämlikhet har en direkt påverkan på hälsan. Även om man tar hänsyn till hälsorelaterade levnadsvanor som rökning och brist på motion kvarstår hälsoskillnaderna. Såväl samhällsklass som utbildning och inkomst bidrar till en ojämlik hälsa. Att ha låg inkomst, dålig utbildning och ha ett slitsamt jobb eller vara arbetslös är ofta kombinerat med långvarig stress, bristande inflytande och lågt självförtroende. Det är faktorer som både påverkar hälsan direkt och dessutom försvårar ett hälsosamt levnadssätt. Åtgärder som enbart handlar om att påverka människors levnadsvanor utan att försöka förändra den sociala situationen bidrar snarast till att öka hälsoskillnaderna mellan olika grupper i samhället.

Samhällsklassen påverkar i hög grad risken att dö i förtid. Man brukar tala om ohälsans klasstrappa.



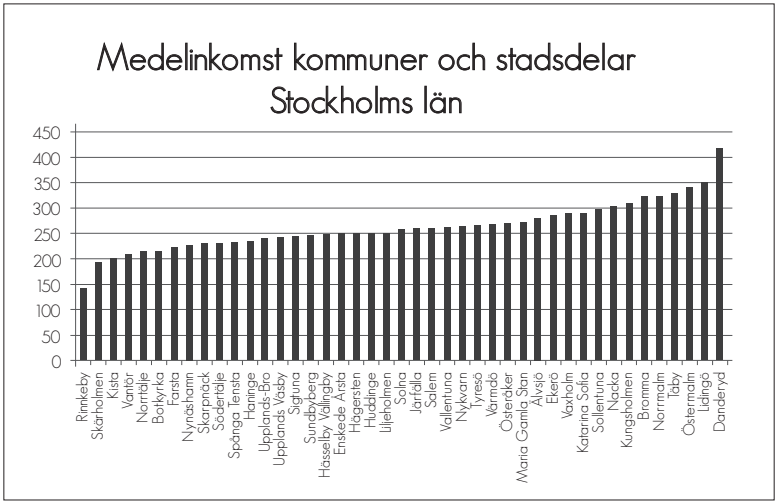
Dödligheten bland samtliga män i dessa åldrar som fanns med i folk och bostadsräkningen 1999 har följts upp. Dödligheten bland icke facklärda arbetare var mer än dubbelt så hög som bland högre tjänstemän.

Källa: R. Eriksson, J. Torssander European J Public Health 2008.

Risken att dö i förtid jämförs med högre tjänstemän där risken sätts till 1.

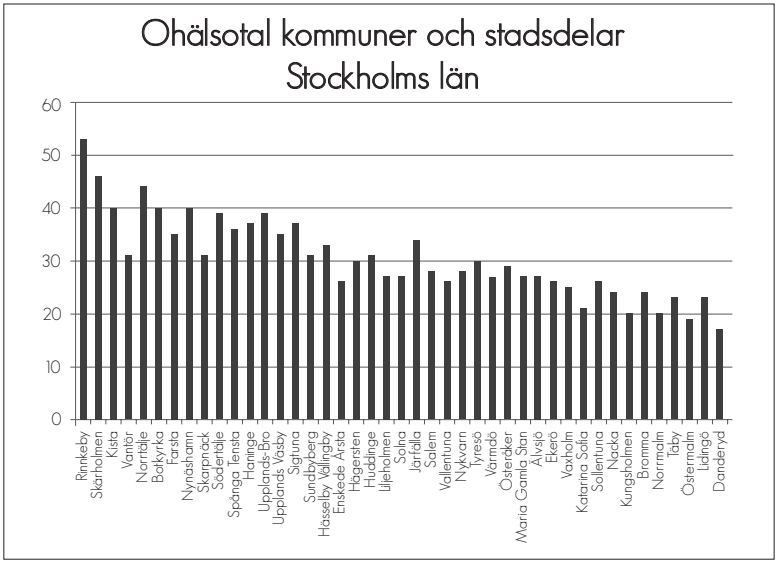
Utvecklingen för kvinnor följer samma mönster som för män. Låginkomsttagare har mer än tre gånger så hög risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom jämfört med höginkomsttagare.

Stockholms län är Sveriges mest ojämlika region – det skiljer tre gånger i medelinkomst mellan den rikaste kommunen och den fattigaste stadsdelen.

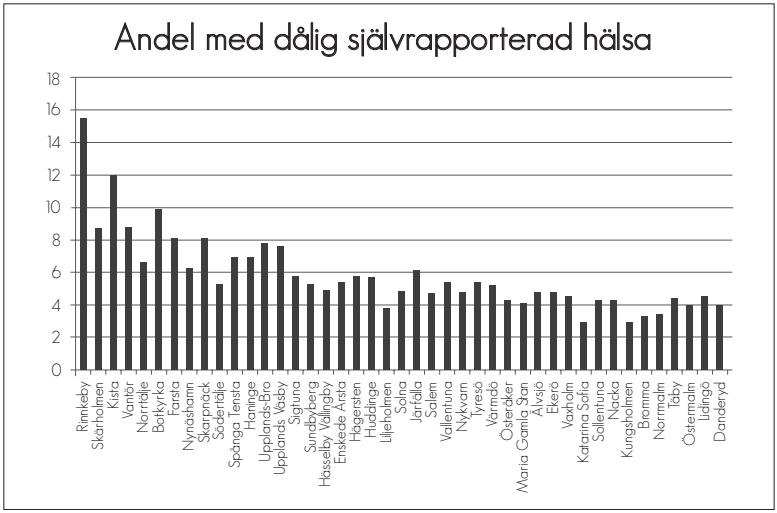


(Individuell årsinkomst i tusental kronor)

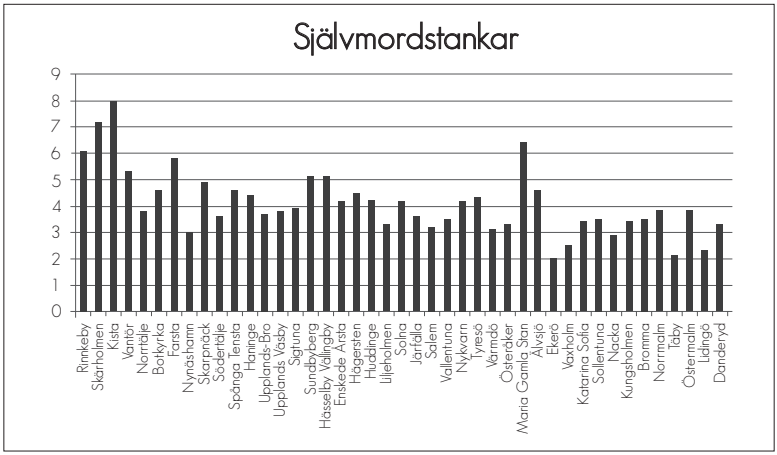
Ohälsotalen – mätt som summan av dagar med sjukersättning eller sjukpenning per invånare – visar en motsatt kurva. De områden som har lägst inkomst har högst ohälsotal.



Också den självrapporterade hälsan visar stora skillnader. Det är fyra gånger så vanligt att man upplever dålig hälsa i Rinkeby, jämfört med Danderyd. (Uppgifterna är hämtade från den folkhälsoenkät som landstingets Centrum för folkhälsa gör vart fjärde år.)



Också den psykiska hälsan är ojämnt fördelad – det är fyra gånger vanligare att man har självmordstankar i Kista jämfört med Ekerö.



Skillnaderna gäller alla typer av hälsoutfall. Medellivslängden bland män är 82 år i Danderyd och 77 år i Skarpnäck, en skillnad på fem år. Kvinnorna i Danderyd lever i genomsnitt 86 år jämfört med 81 år i Sundbyberg, också en skillnad på fem år. Orsaken är inte att den yttre miljön skulle vara bättre i Danderyd utan snarare att det bor många med höga inkomster och stora förmögenheter i kommunen. Danderyd är med andra ord en starkt segregerad kommun där det är svårt för en person eller familj med låga inkomster att kunna bosätta sig, bland annat därför att det byggs väldigt få hyreslägenheter.

Risken att få hjärtinfarkt är dubbelt så hög bland män i Södertälje som för män i Danderyd. Kvinnorna på Östermalm har hälften så stor risk att få hjärtinfarkt som kvinnorna i Rinkeby.

De stora hälsoskillnaderna gäller i hög grad besvär som är en vanlig anledning till att man söker vård, exempelvis ryggbesvär, långvariga psykiska besvär, rökning och kraftig övervikt. Trots den högre sjukligheten är det en betydligt högre andel av befolkningen i fattiga områden som avstår från att söka vård av ekonomiska skäl. Utvecklingen sett över tid har inte varit gynnsam.

Självklart kan sjukvården inte undanröja de underliggande orsakerna till den ojämlika hälsan. Däremot är det sjukvårdens skyldighet att prioritera de grupper som har störst vårdbehov och att jobba förebyggande. Detta

framgår av Hälso- och sjukvårdslagen. Sjukvården skall med andra ord försöka kompensera för skillnaderna genom att ge störst resurser till de områden och de grupper som har den sämsta hälsan.

Primärvården är den del av sjukvården som skall jobba på lokal nivå och som i första hand kommer i kontakt med människors hälsoproblem och vårdbehov. I många landsting försöker man ta hänsyn till socioekonomiska skillnader när man fördelar resurser till primärvården. I allmänhet är dessa ersättningar otillräckliga men utgör i alla fall ett försök att kompensera för den ojämlika hälsan.

Stockholms län är ett landsting som avviker på ett mycket negativt sätt. Ersättningssystemet premierar läkarbesök jämfört med besök hos andra personalgrupper som kuratorer, psykologer och sjuksköterskor. Ersättningen är lika hög om man tar emot en patient med lindriga symptom som när man tar emot patienter med en mer komplicerad sjukdomsbild eller där det behövs tolkhjälp.

Huvuddelen av primärvården är privatiserad med fullständig etableringsfrihet. Det blir lönsammare att jobba i områden med socialt väletablerade patienter än i socialt tunga områden.

Förebyggande verksamhet prioriteras inte och anslaget till områdesbaserat arbete, exempelvis samverkan med socialtjänsten, är mindre än en halv procent av ersättningen.

Genom att inte ta hänsyn till vårdbehoven utan istället låta marknaden och vinstmarginalerna bestämma var verksamheter skall etableras bryter Stockholms läns landsting i praktiken mot Hälso- och sjukvårdslagen.

Ojämlikheten i hälsa kan bara undanröjas om man angriper dess orsaker. Synen på tillväxt och vad som är en lönsam samhällsutveckling måste förändras.

En ekonomisk tillväxt som innebär att inkomstskillnader ökar och att stora grupper ställs utanför arbetslivet ger en försämrad folkhälsa och ökade sociala klyftor. I praktiken försämras levnadsförhållandena för majoriteten av människor.

På kort sikt är det viktigt att föra en skattepolitik som för över resurser från människor med höga inkomster och stora förmögenheter till dem med låga inkomster.

Gemensam välfärd måste prioriteras framför privat konsumtion. Sjukvård, skola och äldreomsorg måste få kraftigt utökade resurser. De medel som avsätts till välfärdssektorn måste gå till bättre utbildning, vård och omsorg och inte till vinster för privata företag. Vårdvalssystemet måste avskaffas och resurserna fördelas efter behov.

Full sysselsättning måste återinföras. Det gäller inte minst ungdomar som måste få en garanti för utbildning och arbete.

Människor som hamnar i sociala svårigheter, blir sjuka eller som drabbas av funktionsnedsättningar måste tillförsäkras en god ekonomisk standard utan förnedrande kontrollsystem. En långsiktig ekonomisk trygghet är den bästa basen för rehabilitering.

Som underlag för verksamma insatser är det mycket viktigt att man granskar och följer upp ojämlikheten i Stockholms län. Det bör därför tillsättas en regional så kalladMarmotkommission (Sir Michael Marmot var ordförande för Världshälsoorganisationens utredning om de sociala bestämningsfaktorerna för den ojämlika hälsan) med uppgift att analysera och föreslå konkreta åtgärder. Kommissionen bör vara tungt politiskt förankrad med medverkan från folkrörelser, experter och forskare.

New Public Management
– en bas för vårdens kommersialisering

I början av 1990-talet genomfördes ett första systemskifte inom stora delar av den offentligt finansierade vården. Offentliga sjukhus och vårdcentraler började drivas som intäktsfinansierade företag på en intern vårdmarknad. Ibland beskrevs detta som att man ”lekte marknad”. Allt enligt de nyliberala principer som präglar New Public Management (NPM).

Detta första systemskifte med dess krav på konkurrens mellan olika vårdgivare öppnade den offentligt finansierade vårdsektorn för privata vinstdrivna vårdföretag. Ett andra systemskifte kunde då inledas där privata vinstdrivna vårdföretag drev en offentligt finansierad vård. Denna privatisering av i första hand primärvården inleddes under 1990-talet och har ökat mycket kraftigt efter 2007 (under den borgerliga regeringen). Istället för att ”leka marknad” inom den offentligt finansierade vården gäller nu den vanliga kommersiella marknadens skarpa regler och värderingar.

Vårdens kommersialisering genom NPM och vinstdrivna vårdföretag underlättar ett tredje systemskifte med en kraftigt ökad privatisering även av vårdens finansiering. Med dagens politik med sänkta skatter och skattesubventioner, som i första hand gynnar ekonomiskt starka grupper, blir det svårt att behålla dagens skattefinansierade vård. Än svårare blir det när vårdbehoven ökar med en åldrande befolkning och kostnaderna stiger med nya behandlingsmöjligheter. Med nuvarande skattepolitik kommer denna tredje fas sannolikt att initieras inom de närmaste fem åren. Det innebär att plånboken – inte vårdbehoven – i allt högre grad kommer att avgöra vem som kan få nödvändig vård.

Detta avsnitt belyser effekter av att styra den offentliga vården enligt NPM:s marknadsorienterade metoder det vill säga första fasen i det systemskifte som präglar stora delar av dagens svenska hälso- och sjukvård.

Vad är New Public Management (NPM)?

NPM är ett knippe olika nyliberala styrsystem som utvecklats i USA och England under 1980-talet och som fått ett snabbare och kraftfullare genomslag i Sverige än i länder som USA, Japan, Tyskland, Danmark och

Finland. Det gäller även NPM inom sjukvården. Idag har denna typ av ekonomistyrning av de offentliga svenska sjukhusen införts i hälften av alla landsting. Variationerna mellan olika landsting när det gäller graden av marknadsorientering och privatisering är stora. Stockholms läns landsting har i detta avseende gått längst när det gäller den offentligt finansierade vårdens kommersialisering.

Ökade krav på externa utvärderingar är en annan viktig del av NPM. Fokus är helt på indikatorer som kan kvantifieras. Kvalitativa professionella bedömningar förekommer sällan medan lättmätbara ekonomiska utfall – lönsamheten – ofta står i fokus.

Det uttalade syftet med att införa NPM var – och är fortfarande – att öka effektiviteten inom vårdsektorn. Man skulle få mer vård för pengarna.

Strategiska inslag i NPM- filosofin är att offentliga vårdgivare ska fungera som ett företag på en intern vårdmarknad. Därför infördes så kallade köp-säljsystem i många landsting. Verksamheterna konkurrensutsätts och ledningsformer hämtades från det privata näringslivet. Detaljstyrningen har i många fall blivit så stor att den begränsar och nedvärderar vårdpersonalens professionella bedömningar. Samtidigt blir patienterna kunder och läkarna producenter av vård. All verksamhet ska helt eller delvis vara intäktsfinansierad. Ersättningsmodellerna är olika i olika landsting. Prestationsersättningar relaterade till antalet besök finns, till exempel inom primärvården i Stockholm. Andra landsting har utvecklat diagnosrelaterade vårdbehovsvikter för listade patienter (ACG) och vårdbehovsbedömningar baserade på socioekonomiska faktorer (CNI). Ersättningen inom den slutna vården baseras på en beräknad genomsnittskostnad för behandling av olika diagnosgrupper (DRG). Samma ersättning utgår oberoende av vårdens kvalitet. Mest lönsamma är de patienter som lämnar sjukhuset dagen efter inläggningen (döda eller levande). 11 av 21 landsting tillämpar idag denna ersättningsmodell inom den slutna vården det vill säga för patienter som läggs in på sjukhus. Övriga landsting tillämpar olika typer av budgetfinansiering.

NPM förutsätter att all verksamhet inom vården – precis som i en industriprocess – kan kvantifieras, mätas och prissättas. NPM-metoderna är dessutom standardiserade - samma modeller och principer gäller oberoende av om det gäller styrning av sjukvård, utbildning eller polisens verksamhet. *”One model fits all.”*

Denna nya form av ekonomistyrning har vanligen införts i politisk enighet och utan ingående analyser av tänkbara konsekvenser. Detta trots in-

ternationella och svenska studier som visar att NPM inte tycks ”ge mer vård för pengarna” och trots att många studier belyser olika negativa effekter av NPM-drivna vårdsystem. Kommersiella intressen i symbios med ledande politiker har sannolikt varit den viktigaste drivkraften för att införa och utveckla NPM inom vårdsektorn. Denna form av marknadsorientering och ekonomiska styrning av verksamheten öppnar ju för offentlig finansiering av privata vinstdrivna vårdföretags verksamhet.

Medborgarna har däremot inte inom ramen för den demokratiska processen fått möjlighet ta ställning till om de vårdcentraler och sjukhus som de finansierar genom skatten bör drivas som företag på en vårdmarknad. Detta har varit – och är fortfarande - ett ”tyst systemskifte.” Under det senaste året har dock den offentliga vårdens ledningssystem diskuterats alltmer människor emellan liksom bland läkare och annan vårdpersonal. Det beror i hög grad på en serie väldokumenterade DN- artiklar av journalisten Maciej Zaremba (februari 2013) om NPM:s negativa konsekvenser. Ur ett demokratiskt och vårdpolitiskt perspektiv är detta en viktig debatt där faktiska effekter och erfarenheter av NPM kommer i fokus.

Hur påverkas vården av NPM?

Analyser av svenska och internationella forskare samt rapporter från vårdanställda visar att NPM bland annat har följande effekter:

Vårdens demokratiska förankring försvagas.

Ett uttalat syfte med NPM är att delvis ersätta den demokratiska styrningen av vården med reglerade marknadskrafter. Denna avpolitisering av vården utgår från att standardiserade prestationsbaserade ersättningssystem ger en mer rationell styrning av vården än politiska beslut om vårdresursernas fördelning. Politiska värderingar ersätts med de värderingar som präglar marknadsekonomiska analyser. Detta gynnar vanligen ekonomiskt mer gynnade grupper eftersom frågor om jämlikhet marginaliseras.

Samtidigt ökar avståndet mellan politiken och vårdens verklighet. Ansvariga politiker lägger över ansvaret för problem och negativa effekter av till exempel NPM:s ekonomistyrning på dem som utför vården. Istället för att ta sitt politiska ansvar när det gäller faktiska negativa effekter talar de istället om förväntade positiva effekter, krav på jämlik vård och kvalitetssäkring. Samtidigt ”slipper” ansvariga politiker fatta impopulära beslut om nedskärningar i vården – de kan ses som en logisk konsekvens av givna priser på vårdmarknaden.

Vid denna typ managementstyrd vård gör det därför svårare att utkräva ett politiskt ansvar för brister i vårdens kvalitet och fördelning. Forskare har beskrivit NPM som en politiskt styrd antipolitik.

Vårdpersonalens professionella kompetens undergrävs.

Ett viktigt skäl för att införa NPM:s ekonomistyrning är att öka möjligheterna att styra starka professionella grupper till exempel läkare, som traditionellt har stor makt att påverka verksamheten. Detta sker genom krav på intäktsfinansiering av all verksamhet och ersättningssystem som påverkar prioriteringar inom vården. Vad som är lönsamt beror på ersättningssystemet, som beslutas av den ekonomiska/administrativa ledningen. De många aktiviteter inom vården som saknar en prislapp är olönsamma oberoende av hur viktiga de är för den enskilde patienten. Det kan till exempel gälla samverkan mellan sjukvården och socialtjänstens äldreomsorg, FoU-verksamhet och fortbildningsinsatser.

Systemet präglas samtidigt av en naiv tro att man genom olika prislistor och kriterier för ersättning kan bidra till att de mest lönsamma insatserna samtidigt är de rätta och bästa insatserna ur ett medicinskt perspektiv. I praktiken är det alltför ofta tvärtom. Lönsamheten överordnas medicinska prioriteringar. Läkare och annan medicinsk personal tvingas vid olika typer av prestationsersättningar att bryta mot etiska krav och medicinska professionella bedömningar. Patienter med små, snabbt behandlade vårdbehov prioriteras av lönsamhetsskäl trots att man utifrån en medicinsk bedömning borde prioritera patienter med stora vårdbehov. Patienter skrivs ut för tidigt eftersom det är lönsamt. NPM begränsar vårdpersonalens möjlighet att göra vad de utifrån ett medicinskt professionellt perspektiv borde göra. Samtidigt tvingas de att bryta mot de lagar och etiska normer som slår fast att de med stora vårdbehov ska prioriteras före dem med små behov av vård.

Intäktsfinansiering relaterad till enskilda vårdbesök/insatser leder dessutom lätt till ett överdrivet fokus på ekonomiska resultat istället för vårdens egentliga syfte – att minska lidande och bidra till en bättre hälsa. Vårdinsatser anpassas till ersättningssystemen snarare än patientens behov. Lönsamhet blir ett mått på en bra vårdgivare på samma sätt som lönsamma klädbutiker anses vara bra butiker. Detta trots att lönsamhet – i motsats till vad som gäller för klädbutiken - aldrig kan vara ett syfte för den offentliga vården. Ersättningssystemen inom vården måste därför bidra till – inte som dagens ekonomistyrning motverka – en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vårdpersonalens professionella kompetens undergrävs dessutom ofta av omfattande utvärderingssystem baserade på för professionen mindre relevanta indikatorer. Man vet allt i termer av antal aktiviteter, timmar och kronor men inte hur patienten mår efter utskrivningen från sjukhuset. Läkekonst har ersatts av sjukvårdsproduktion. Detta är ett problem som funnits även innan NPM infördes i vården men kraftigt förstärkts genom NPM:s ökade krav på kontroll. De professionella bedömningarna av till exempel vårdens kvalitet och resultat marginaliseras liksom insatser för att minska sociala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet. Det blir en kontroll av personalens insatser snarare än av verksamhetens betydelse ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Kriterierna för vad som ska utvärderas bestäms ofta av personer utanför den egentliga vården snarare än av professionella grupper inom vården. De tenderar dessutom att begränsas till det som enkelt kan kvantifieras och mätas. Denna typ av kontrollsystem minskar arbetsglädjen och motivationen genom att inte fokusera på verksamhetens syfte – att förebygga ohälsa, bidra till en bättre hälsa, ge trygghet och minska lidande.

NPM ur ett patientperspektiv

Effekterna av NPM ur ett patientperspektiv är bland annat att:

Behandlarna får mindre tid för patienterna eftersom NPM ställer stora tidskrävande administrativa krav på läkare och annan vårdpersonal. Ekonomistyrning och omfattande kontrollsystem tar idag alltmer tid i anspråk. Detta är speciellt allvarligt i ett vårdsystem som det svenska där tiden för patientkontakt är mindre än i nära nog alla andra västeuropeiska länder.

Multisjuka patienter med stora vårdbehov får ofta en lägre prioritering än övriga patienter. NPM bygger på att alla offentliga vårdgivare ska vara intäktsfinansierade. En viss del av ersättningen till vårdcentralerna utgår till exempel i Stockholms läns landsting med ett fast belopp per besök oberoende av om konsultationen tar 10 eller 30 minuter. Patienter med stora tidskrävande vårdbehov blir då olönsamma medan en prioritering av lätta snabbt behandlade krämpor blir mycket lönsamt. Detta ersättningssystem drabbar i hög grad äldre och socialt utsatta grupper.

Onödiga men för vårdgivaren lönsamma besök och behandlingar ökar. En patient med flera hälsoproblem måste besöka sin husläkare många gånger trots att det varit naturligt – och för patienten mindre tidskrävande – att ta upp samtliga problem vid ett och samma tillfälle. Men

principen med bara ett problem per besök är givetvis mer lönsam liksom att lägga in ett besök när det räckt med ett telefonsamtal. Personer som har svårt ta sig till en vårdcentral till exempel på grund av rörelsehinder, hög ålder, svårigheter få ledigt från jobbet och/eller långa restider drabbas speciellt av detta NPM- inspirerade lönsamhetstänkande inom den offentliga vården.

Befolkningens syn på vårdpersonalen kan förändras. När de offentliga vårdgivarna agerar som intäktsdrivna vårdföretag som bedömer patienter efter lönsamhet är det lätt att patientens normalt stora förtroende för vården sviktar. De frågor som då dyker upp är: ”Får jag vänta så här länge för att jag är olönsam?” ”Blir jag av lönsamhetsskäl utskriven för tidigt från sjukhuset?” ”Varför kan jag inte få ta upp flera hälsoproblem vid ett och samma tillfälle?” ”Får jag den vård jag behöver eller den vård som för vårdgivaren är mest lönsam?” Även utan svar på dessa frågor gnager själva misstanken om att lönsamhetskrav överordnas vårdbehov ner det förtroendekapital som normalt finns mellan vårdpersonal och patient.

Ekonomiska incitament och prestationsersättningar har ofta negativa bieffekter. Styrning via ekonomiska incitament är en central del av NPM-filosofin. Utifrån denna filosofi får landsting som kraftigt minskar sina vårdköer dela på en miljard kronor per år från staten. Vårdköerna som endast omfattar dem som väntar på ett första besök/behandling har halverats genom detta ekonomiska incitament. Detta är givetvis utmärkt. Mindre bra är att det skett genom längre väntetider för dem som ska komma på återbesök till exempel patienter som ska på kontroll efter en operation eller personer med kroniska besvär. Dessa återbesök bidrar inte till att uppnå kriterierna för att få del av kö-miljarden. De är i detta perspektiv olönsamma. Regeringen har nu uppmärksammat dessa uppenbara brott mot Hälso- och sjukvårdslagen och aviserat att även återbesök ska kvalificera för att få dela på kö-miljarden.

Den statliga styrningen av vården genom olika typer av prestationsersättningar har ökat mycket kraftigt under senare år. 2006 omfattade den ett enda område och 1 miljard kronor. Idag (2013) finns det prestationsbaserade ersättningar på sex områden som totalt omfattar 5,3 miljarder. Ekonomiska ”punkt-incitament” används bland annat för att förbättra patientsäkerheten, samordnad vård för svårt sjuka äldre, rehabilitering och insatser mot psykisk ohälsa. De som presterar bäst enligt uppsatta kriterier får mest utan hänsyn till startpunkten. För att få del av dessa extra resurser finns alltid en risk att andra verksamheter nedprioriteras. Samtidigt kan givetvis dessa stimulansbidrag lyfta eftersatta verksamheter.

Myndigheten för vårdanalys konstaterar i en analys av Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning (2013) att: ”Prestationsbaserad ersättning ger kraftfulla effekter i vård och omsorg – men med den nuvarande tillämpningen uppstår risker för att satsningarnas mål inte nås, att oönskade effekter uppstår och att vårdens lokala anpassningsförmåga minskar.”

Kritiken mot dessa statliga, prestationsrelaterade ersättningar är bland annat att de inte är koordinerade med huvudmännens egna insatser och kräver omfattande administrativa resurser. Samtidigt konstateras att de landsting som redan ”ligger bra till” blir vinnare utan att behöva höja ambitionsnivån markant medan de landsting som har de största problemen har svårast att kvalificera sig för dessa statliga bidrag. Detta riskerar att leda till ökad ojämlikhet. En annan risk som betonas i denna rapport är att de statliga punktinsatserna tränger undan fungerande verksamheter och att kortsiktiga och ”felaktiga” lösningar väljs.

Olönsamma men för befolkningen viktiga vårdcentraler och apotek läggs ner. Kraven på lönsamhet kan ofta inte uppfyllas vid vårdcentraler och apotek på landsbygd/glesbygd. Många vårdcentraler i dessa områden går idag med förlust. Nedläggning hotar också många apotek i dessa områden när de statliga subventionerna, som hittills planerats, tas bort om något/några år. Detta trots att behoven av vård och läkemedel är mycket stora i dessa områden med en stor andel äldre och låginkomsttagare. Enligt NPM:s grundsyn borde dessa olönsamma verksamheter läggas ner. Detta har också hänt i något enstaka fall till exempel i Värmland. Protesterna blev dock så starka att den nedlagda vårdcentralen återuppstod. Konkurrensverket har uppmärksammat ansvariga politiker på denna konflikt mellan krav på lönsamhet och befolkningens behov av vård. En konflikt skapad genom att NPM-filosofins lönsamhetskrav överordnas befolkningens behov av vård.

Ökar patienternas makt när de blir kunder på en marknad och pengarna följer patientens val av vårdgivare? I teorin kan detta vara riktigt. I praktiken kan patientens/kundens val inte påverka de prislistor och andra ersättningskriterier som i hög grad styr vilka patienter och verksamheter som är lönsamma respektive olönsamma. Man kan inte heller genom att ”rösta med fötterna” markera behov av en ny vårdcentral. Vart går man då? Medborgarna kan – även när de som patienter kallas kunder - endast påverka strukturfrågor som dessa inom ramen för den demokratiska processen, det vill säga vid valurnorna.

Vården fragmenteras och det blir svårare att säkerställa en fungerande vårdkedja för patienter med behov av olika typer av vård. NPM innebär att vårdgivarna ska konkurrera med varandra och att vården delas upp i resultatenheter. Detta försvårar samverkan och leder till en brist på en helhetssyn på patientens behov av olika typer av vård.

Ersättningssystemen inom NPM är nära nog helt frikopplade från vårdens medicinska kvalitet. Goda och dåliga vårdresultat påverkar inte den ersättning vårdcentralen eller sjukhuset får. Misslyckade operationer blir till och med mer lönsamma än lyckade om de leder till en ny operation. Den kvalitetsrelaterade ersättningen till vårdcentraler är vanligen av marginell betydelse (2-3 procent av den totala ersättningen). Kvaliteter i vården och omsorgen som inte är lätta att kvantifiera, mäta och prissätta blir olönsamma. Lönsamhetstänkandet inom den offentliga vården kan därför motverka de ofta ambitiösa insatser som idag görs i många landsting för att förbättra vårdens kvalitet.

Möjligheterna att välja vårdgivare påverkas inte av NPM. Ökad valfrihet är ofta ett huvudargument för vårdens marknadsorientering. Möjligheterna att kunna välja – och välja bort – vårdgivare har emellertid funnits inom svensk sjukvård under de senaste 25 åren och är sedan mitten av 1990-talet även garanterad i Hälso- och sjukvårdslagen. Införandet av NPM har inte påverkat denna rätt att välja vårdgivare eller ökat benägenheten att byta vårdgivare. Däremot har system där pengarna följer patienten ökat vårdgivarnas intresse att behålla och få nya patienter. Fortfarande är det dock mycket få patienter som byter vårdgivare inom till exempel primärvården. Man går som vanligt till närmsta vårdcentral.

NPM ger inte ”mer vård för pengarna”. Det dominerande syftet med NPM är att öka kostnadseffektiviteten inom vården. Det finns emellertid inga systematiska studier som visar att NPM ”ger mer vård för pengarna” eller pressar ner de offentliga utgifterna. Däremot finns många studier som visar att kostnaderna för administration och kontrollsystem ökar liksom förluster av resurser på grund av olika typer av fusk (till exempel debitering av besök som aldrig ägt rum eller redovisning av fler och lönsammare diagnoser än vad vårdinsatsen omfattat).

Samtidigt är det självklart att vårdgivare som ska fungera som företag försöker optimera snarare än begränsa sina intäkter. Ur finansiärens – skattebetalarnas – perspektiv innebär detta en optimering av vårdkostnaderna. Möjligheterna att öka intäkterna just inom sjukvården är dessutom ovanligt stora eftersom det är läkaren som i hög grad bestämmer vilken vård patienten/kunden behöver.

Exempel som dessa visar att den marknads– och företagsfilosofi som präglar NPM och dess ekonomiska styrsystem ofta står i direkt strid med de lagar och etiska principer som gäller för sjukvården. En av de viktigaste vårdpolitiska utmaningarna är därför att utveckla och införa alternativa styrsystem som säkerställer en god kostnadseffektiv vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vägen framåt

Många landsting har ersättningssystem för vårdcentraler och sjukhus som liknar en behovsbaserad budget. Det är en vidareutveckling av dessa icke marknadsorienterade system som är vägen framåt. Den självklara målsättningen måste vara att ersättningen till vårdgivarna – inom ramen för tillgängliga resurser – bidrar till en bättre och jämlikare vård.

Förespråkare för NPM- modeller brukar hävda att en återgång till ett traditionellt budgetsystem skapar långt större problem än de som finns i de nuvarande marknadsorienterade systemen. Detta är ett vilseledande argument.

För det första har närmare hälften av landets landsting valt att i stort sett behålla en rambudget för sjukhusvården och utveckla en form av behovsbaserad budget för vårdcentralerna. Dessa icke marknadsorienterade system fungerar relativt väl och har inte de negativa effekter som återfinns i NPM:s styrsystem. För det andra är alternativet till NPM inte en återgång till en historiskt bestämd rambudget utan en tydlig verksamhetsplan och professionell uppföljning av verksamhetens resultat.

Utgångspunkter för detta utvecklingsarbete kan sammanfattas i följande punkter:

- Vårdens demokratiska förankring förstärks. Den över årtionden mycket stora och stabila majoritet av befolkningen som förordar en icke vinstdriven vård måste få större möjligheter att inom ramen för den demokratiska processen påverka vårdens driftsformer, omfattning, inriktning och fördelning. Aktiv medverkan och inflytande från patienter, anhöriga och vårdpersonal är en viktig del i detta demokratiseringsarbete. Kommersiell lobbyverksamhet måste regleras och det politiska klarspråket återerövras där ord som vinst, privatisering och riskkapitalbolag åter tillåts i olika beslutsdokument.

- Hälso- och sjukvårdslagen behöver skärpas och överordnas kommersiella regelsystem som motverkar en god och jämlik hälso- och sjukvård. De etiska principer som riksdagen fastställt – människovärdes- respektive behovsprincipen – skall ges en så tydligt legal förankring att de inte kan åsidosättas utan allvarliga konsekvenser för ansvariga vårdgivare och/eller politiker.

- Vårdcentralernas budget bör baseras på ett behovs- och områdesbaserat index relaterat till befolkningens storlek, åldersstruktur och socioekonomiska sammansättning i det naturliga upptagningsområdet. Antalet offentligt finansierade vårdcentraler regleras i dessa områden utifrån dessa vårdbehovsberäkningar. Det innebär till exempel att överetableringen i storstädernas höginkomstområden reduceras och de frigjorda resurserna används för att förstärka primärvården i underförsörjda låginkomst- respektive glesbygds/landsbygdsområden. Vårdpersonalens professionella bedömningar bör styra prioriteringar och vårdinsatser inom givna budgetramar utan några företagsekonomiska bedömningar av olika patienters lönsamhet.

  Utöver denna reguljära, behovsbaserade budget bör det finnas speciella resurser som ges i form av glesbygdsstöd och extra resurser till speciellt utsatta områden där en stor andel av befolkningen har komplexa, socialt betingade ohälsoproblem. Ersättningen utgår i form av en resultatorienterad budget och är inte relaterad till antal besök eller andra specifika insatser.

  En särskild behovs- och områdesbaserad baserad budget avsätts för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Kriterier för att bedöma behovet av dessa förebyggande insatser är andelen barn och ungdomar från hem med låga inkomster/begränsad utbildning samt en kartläggning av hälsans och ohälsans bestämningsfaktorer i det aktuella området. Speciell uppmärksamhet ägnas åt risken för psykosocial ohälsa.

  Möjligheterna att välja vårdcentral förblir oförändrat stora samtidigt som vårdutbudet i högre grad anpassas till lokala behov. Ersättningen för dem som av olika skäl väljer att lista sig hos en vårdcentral/läkare utanför det egna naturliga upptagningsområdet regleras på samma sätt som idag sker med utomlänspatienter.

- Sjukhusens budgetramar bör i huvudsak utifrån fastställas efter storleken på den nuvarande budgeten men med en kompletterande

del som baseras på patienternas förväntade samlade vårdtyngd. All interndebitering av enskilda patienter upphör. Extra resurser kan finnas i en fond för oväntade vårdbehov vid till exempel katastrofer eller epidemier.

- Förväntade resultat redovisas i direkt anslutning till den behovsbaserade budgeten för vårdcentraler respektive sjukhus. Dessa målsättningar, som utformas i nära samarbete med vårdpersonalen, bör omfatta såväl kvantitativa som kvalitativa resultatbedömningar. Med tanke på de sociala skillnader som finns i vårdens tillgänglighet och kvalitet utgör de vårdpolitiska jämlikhetsmålen en viktig del av denna resultatorienterade budget.

- De dagliga vårdinsatserna genomförs utan krav på detaljerade rapporter på aktivitetsnivå eller löpande registreringar och klassificeringar. De ekonomiska ramarna är givna liksom förväntade resultat. Det ger läkare och annan vårdpersonal en stor klinisk frihet. Istället för NPM:s detaljstyrning prioriteras insatser för att stimulera vårdpersonalen att utveckla och fullt ut använda sin professionella kompetens för att ge bästa möjliga vård.

- Uppföljningen av verksamheten är en central del i detta budgetsystem och bör utföras av tvärprofessionella team. Förutom jämförelser med förväntade kvalitativa och kvantitativa resultat baseras denna professionella uppföljning på jämförelser mellan likartade verksamheter till exempel i andra landsting. Den finansiella uppföljningen sker i traditionella redovisningsformer och redovisas i en separat rapport.

Idéer och förslag som dessa måste givetvis prövas och vidareutvecklas. Samtidigt måste makten över vården återtas från anonyma marknads- och managementkrafter både ur ett demokratiskt och professionellt perspektiv. Det är en förutsättning för en bättre och mer jämlik vård.

Lästips

- Hall P. (2011) Management-byråkrati – organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning. Liber AB, Malmö.
- Meier and O´Toole (2008) The Proverbs of New Public Management. Lessons from an evidence based research agenda. The American Review of Public Administration 39 (1):4-22.
- Zaremba M. (2013) Patientens pris – ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Svante Weyler Bokförlag AB , Stockholm.

Effekter av vinstdriven vård

Ett systemskifte präglat av marknadsorientering och ökad privatisering pågår inom svensk sjukvård. Kommersiella vårdföretags verksamhet finansieras i allt högre grad av skattepengar. Landstingens inköp av vård från privata vinstdrivna vårdföretag har ökat med 56 procent mellan 2007 och 2012. Idag går omkring 23 miljarder skattekronor per år till kommersiella vårdbolag vilket är nästan 12 procent av de totala vårdkostnaderna. Expansionen av den kommersiellt drivna vården är störst inom primärvården där de privata vinstdrivna vårdgivarna står för en tredjedel av landstingens kostnader. Den mest långtgående privatiseringen har skett inom Stockholms läns landsting där 50 procent av kostnaderna för primärvård och 24 procent av de totala sjukvårdkostnaderna (11,5 miljarder) gick till köp av vård från privata vinstdrivna vårdgivare (2012). I Jämtland var motsvarande andel av de totala sjukvårdskostnaderna 3 procent.

Samtliga stora vårdföretag – utom Praktikertjänst – ägs av riskkapitalbolag. Vinsterna inom denna skattefinansierade vård är vanligen mycket goda.

Samtidigt med denna expansion av den skattefinansierade privatisering av vården har marknadsorienterade ekonomiska styrsystem införts inom den offentligt drivna vården. Varje offentlig vårdgivare måste sälja tillräckligt med vård för att kunna finansiera sin verksamhet. Patienterna blir kunder och läkarna försäljare i det prestationsbaserade New Public Management -system som idag införts i hälften av alla landsting - se vidare artikeln om NPM.

Rapporter från forskare, olika myndigheter och anställda inom vården har klarlagt följande effekter av dessa marknadsorienterade och vinststyrda reformer inom den skattefinansierade sjukvården:

Vinsten är en förlust av vårdresurser.

Privat vinstdriven vård är generellt sett inte effektivare än offentligt driven vård eller privat icke vinstdriven vård. Det innebär att vinsten måste tas från resurser som vid en icke vinstdriven vård skulle använts inom vården. Vårdföretagens vinster är således en förlust av vårdresurser.

Vinsten ökas genom skatteflykt

De kommersiella vårdbolagen och de riskkapitalister som äger dessa bolag betalar knappast någon skatt på de vinster de gör inom den skattefinansierade svenska sjukvården. Genom olika trix förs obeskattade vinster till så kallade skatteparadis. Ägarna till dessa riskkapitalbolag, som ofta har inkomster på mellan 15 och 75 miljoner kronor per år, betalar inte heller någon inkomstskatt utan enbart den hälften så höga skatten på kapitalinkomster.

En rad domstolsprocesser pågår för närvarande där det svenska skatteverket kräver att dessa riskkapitalbolag och deras ägare ska betala normal bolags- respektive inkomstskatt. Det handlar idag (2013) om fem riskkapitalbolag med 5,3 miljarder kronor i obetald skatt.

Riskkapitalbolagen gör extremt stora vinster på handeln med offentligt finansierad vård

Riskkapitalbolagen köper offentligt finansierade sjukhus och vårdcentraler för att sedan sälja dem efter tre till fem år. Dessa köp finansieras i huvudsak med lånade pengar. Affärsidén är att öka den företagsekonomiska lönsamheten i dessa verksamheter för att få en hög vinst vid försäljningen. En förutsättning för dessa affärer är att verksamheten är skattefinansierad.

Offentliga vårdcentraler säljs ut till reapris

En politisk modell för att främja en ökad privatisering av vården är så kallad ”avknoppning”. Det innebär att landstinget säljer till exempel en vårdcentral direkt till några anställda utan konkurrens av andra köpare. De tidigare anställda driver sedan denna vårdcentral som ett kommersiellt företag. Efter ett par år säljer de ofta verksamheten med god vinst till ett stort riskkapitalägt vårdbolag. Ett känt fall är när Stockholms läns landsting sålde den offentligt drivna vårdcentralen Serafen för 0,7 miljoner till två läkare som arbetade vid vårdcentralen. Fyra år senare sålde läkarna denna skattefinansierade vårdcentral till Capio AB för 19 miljoner.

Medborgarna har genom rea-priser vid privatisering av offentlig vård och omsorg förlorat hundratals miljoner. I ett vårdpolitiskt perspektiv är dock inte huvudfrågan hur man kan säkerställa en försäljning till rätt marknadspris. Den strategiska frågan är hur man kan förhindra denna typ av utförsäljningar av den offentliga vården.

Möjligheterna till vinst – inte vårdbehoven - avgör var vården lokaliseras

Enligt lagen om vårdvalssystem (LOV) får alla privata vinstdrivna vårdföretag som uppfyller vissa krav rätt att lokalisera sin skattefinansierade verksamhet där lönsamheten är bäst. Ingen hänsyn behöver tas till befolkningens behov av vård.

Under de två första åren med en tvingande vårdvalslag inom primärvården (2010-11) etablerades 190 nya offentligt finansierade privata vinstdrivna vårdcentraler. Detta var en kraftig ökning av vårdutbudet jämfört med tidigare perioder. Huvuddelen av dessa (58 procent) nya privata vårdgivare placerade sin verksamhet i de lönsamma storstadsregioner med ett redan stort utbud av vårdgivare. Många som redan bodde nära en vårdcentral fick nu två vårdcentraler inom 5 minuters restid. Inte en enda privat vinstdriven vårdcentral etablerades i glesbygdsområden. Detta trots att allt fler patienter i dessa områden måste resa mer än 30 minuter för att nå närmaste vårdcentral.

Lönsamma patienter prioriteras före olönsamma

Ersättningssystemen inom dagens sjukvård avgör vilka patienter som blir lönsamma respektive olönsamma. Enkla, snabbt behandlade hälsoproblem blir till exempel lönsammare än allvarligare tidskrävande vårdbehov när samma ersättning utgår per besök oberoende av om konsultationen tar 10 eller 30 minuter. Detta drabbar speciellt multisjuka äldre och låginkomsttagare som generellt sett har en tyngre och mer sammansatt sjukdomsbörda än andra patientgrupper.

Nybesök prioriteras på återbesökens bekostnad för att vårdgivarna ska få del av den så kallade kömiljarden som endast räknar nybesök. Patienter med kroniska besvär drabbas speciellt eftersom de behöver många återbesök.

Inom den offentligt drivna vården tvingas ofta läkare och annan sjukvårdspersonal att på detta sätt tänka mer på lönsamheten - räkna ”pinnar” - än på patientens behov av vård. De måste ju säkerställa tillräckligt med intäkter för att kunna driva denna vård. Det är med andra ord ofta olönsamt att göra rätt. Kraven på lönsamhet är givetvis än större inom den privata vinstdrivna vården eftersom de förutom full kostnadstäckning måste säkerställa högsta möjliga vinst till ägare och ledning.

Metoder att öka lönsamheten som drabbar alla patienter

Ett vanligt sätt att öka lönsamheten är att enbart behandla ett hälsoproblem per besök. Patienter med flera hälsoproblem måste då återkomma flera gånger för att få den vård de normalt kunnat få vid ett besök. Det finns också exempel där patienter får onödig men för vårdföretaget lönsam vård.

Krav på lönsamhet kan också hota vårdens kvalitet. Internationella studier visar till exempel att vinstdrivna sjukhus – med få undantag – har sämre vårdkvalitet än icke vinstdrivna sjukhus. Detta beror bland annat på att de ofta har mindre kvalificerad personal per sjukhussäng och använder knappa vårdresurser för att betala ut höga vinster till ägarna av sjukhuset. I ett svenskt perspektiv har inga systematiska skillnader i vårdkvalitet mellan vinstdrivna och icke vinstdrivna sjukhus redovisats. Däremot finns exempel på hur privatisering och konkurrens fragmenterar vården och försvårar en nödvändig samverkan mellan olika vårdenheter och vårdgivare.

Privata vinstdrivna vårdcentraler i Sverige har enligt olika rapporter en något högre vårdkvalitet än offentligt drivna vårdcentraler. Denna skillnad mellan privat och offentlig drift försvinner dock helt – enligt analyser från Myndigheten för vårdanalys – när man tar hänsyn till skillnader i resurser och patienternas vårdbehov.

Generellt gäller att det är svårare att upptäcka missförhållande när den offentligt finansierade vården drivs av kommersiella vårdföretag. Personalen har inte ett lagstadgat meddelarskydd, det vill säga de kan inte slå larm om missförhållanden utan risk för repressalier. Dessutom gäller offentlighetsprincipen endast för offentligt driven verksamhet.

”Ökade valmöjligheter” betyder idag ”ökad privatisering”

Rätten att fritt välja vårdcentral/läkare och vid remiss välja sjukhus i hela landet finns sedan mitten av 1990-talet inskriven i Hälso- och sjukvårdslagen. I ett internationellt perspektiv är denna lagstadgade valfrihet inom svensk sjukvård ovanligt stor. Trots detta är ökad valfrihet ett huvudtema för de vinstdrivna vårdreformerna. Ökad valfrihet i detta sammanhang är detsamma som ökad privatisering. Detta trots att valet av vårdcentral mycket sällan – enligt en rapport från Myndigheten för vårdanalys – baseras på att verksamheten drivs i privat regi. Den viktigaste faktorn vid val av vårdcentral är ”läget.” Samtidigt konstateras att de flesta inte har bytt vårdcentral och att det saknas möjligheter att jämföra olika vårdcentralers medicinska kvalitet.

Forskning och utveckling och spridning av innovationer begränsas

Forskning och utvecklingsarbete (FoU) inom vården är sällan företagsekonomiskt lönsam på kort sikt. Man vet inte resultaten i förväg och risken finns alltid att resultatet är att man vet vad man inte vet. Dessutom är det högst osäkert om kvalitativa förbättringar i vården har en direkt koppling till högre intäkter i dagens prestationsstyrda vård. Klinikansluten FoU liksom olika utbildningsinsatser blir då snarare en finansiell belastning. Undantaget är lönsam forskning som styrs av till exempel de privata läkemedelsföretagen.

Samtidigt begränsas spridningen av de innovationer som görs inom den privat vinstdrivna vården. De ses som ofta som en affärshemlighet. De privata vårdföretagen kan ju stärka sin konkurrenskraft gentemot andra vårdgivare genom att inte bidra till en gemensam utveckling av den offentligt finansierade vården. I en offentlig icke marknadsstyrd vård är det däremot självklart att man delar med sig av nya kunskaper och innovationer som kan förbättra vården.

Kommersiella intressen påverkar i hög grad vårdpolitiken.

Kommersiella intressenter som Svenskt Näringsliv och Vårdföretagarna driver en intensiv lobbyverksamhet för att privata vinstdrivna vårdföretag ska komma in på den potentiellt mycket lönsamma offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssektorn. Omfattande insatser görs även för att vårdens regelverk ska utformas så att det gynnar kommersiella intressen. Utan denna resursstarka propagandaverksamhet är det osannolikt att dagens vinstdrivna reformer skulle kunnat genomföras. Den helt dominerande delen av befolkningen – 75 till 80 procent – anser nämligen att offentligt finansierad vård ska drivas utan vinstsyfte och att eventuella överskott ska återinvesteras i vården.

Vägen framåt

Dagens vinstdrivna sjukvårdsreformer snarare motverkar än främjar en bra sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Den står därmed i direkt konflikt med Hälso- och sjukvårdslagen och de etiska principer som gäller för all offentligt finansierad vård. Det krävs därför en ny hälso- och sjukvårdspolitik där befolkningens behov och önskemål – inte kommersiella vårdföretags vinstintressen – styr den skattefinansierade vården.

Följande nio förslag bör vidareutvecklas i denna nya strategi för en bättre och jämlik vård:

1. Förstärk och utveckla den offentligt drivna primärvården speciellt i storstädernas låginkomstområden och för befolkningen i underförsörjda lands/glesbygdsområden

Ökade resurser krävs för att utveckla en lokalt anpassad icke vinstdriven vård som baseras på befolkningens behov av såväl förebyggande, behandlande som rehabiliterande insatser. Ideella och kooperativa vårdgivare kompletterar den offentligt drivna vården. Den självklara målsättningen är att den upplevda och medicinska vårdkvaliteten i låginkomstområden och i glesbygden ska vara minst lika bra som i storstädernas höginkomstområden.

2. Offentligt finansierade sjukhus ska enligt lag drivas i offentlig eller ideell/kooperativ regi

De privata vinstdrivna sjukhus som idag genom avtal med ett landsting driver en offentligt finansierad vård – som Capio S:t Görans sjukhus i Stockholm – övergår till offentlig drift när deras avtal med landstinget löper ut. Liksom tidigare kan offentliga sjukhus upphandla tydligt preciserade tjänster, typ starroperationer, från privata vårdföretag.

3. Nya skattefinansierade vårdcentraler ska drivas offentligt eller av ideella/kooperativa vårdgivare

Detta ska tydliggöras i Hälso- och sjukvårdslagen. Lokaliseringen av dessa nya vårdgivare baseras helt på befolkningens behov.

4. Det fria vårdvalet vidgas genom ett ökat utbud av offentligt och privata icke vinstdrivna vårdgivare samt alternativa behandlingsmetoder

Rätten att välja och välja bort vårdgivare är en viktig och självklar princip. Det fria valet av vårdgivare har sedan 1995 varit inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen. I dagens svenska debatt innebär ökad valfrihet ökad privatisering. I den internationella debatten om valfrihet finns vanligen inte denna koppling mellan möjligheterna att välja läkare/vårdgivare och krav på en ökning av just den vinstdrivna privata vården.

5. Utveckla system för ersättning till vårdgivarna som främjar en bättre och jämlik vård

Skattefinansierade vårdcentraler och sjukhus ses i dagens marknadsorienterade vård som företag oberoende av om de drivs i offentlig eller pri-

vat regi. Prestationsbaserade ersättningssystem tvingar ofta vårdgivarna att fokusera på vårdens lönsamhet snarare än patienternas behov av vård. Vårdpersonalens medicinska professionalitet undergrävs av dessa krav på kostnadstäckning och företagsekonomiska vinster. Onödigt omfattande administrativa rutiner tar tid från kontakter med patienterna.

Nya ersättningssystem måste därför införas som bidrar till en bra och jämlik vård. De finansiella ramarna för denna vård fastställs i vanlig demokratisk ordning. Resursfördelningen mellan olika geografiska områden baseras på befolkningens behov av vård. Inom denna rättvisa vårdstruktur gäller fritt vårdval. Professionella medicinska bedömningar och patientens önskemål avgör de enskilda vårdinsatserna. Ersättningssystemen ska samtidigt stimulera vårdpersonalens kompetensutveckling och innovationsförmåga, öka tiden med patienterna samt bidra till en god psykosocial arbetsmiljö. Företagsekonomisk lönsamhet är däremot inget krav i dessa nya ersättningssystem eftersom detta inte är ett mål för den offentligt finansierade vården.

6. Förstärk hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

I dagens marknadsorienterade vårdsystem är förebyggande insatser vanligen olönsamma trots att de ur ett folkhälsoperspektiv vanligen är mycket effektivare än kurativa insatser. Det krävs därför en synvända där ansvariga sjukvårdspolitiker fokuserar på hälso- och sjukvårdens möjligheter att genom egna preventiva insatser och i samverkan med andra aktörer bidra till en bättre och jämlik hälsa. Resursfördelningen till de förebyggande insatserna i olika områden ska baseras på bland annat antalet barn och ungdomar samt omfattningen av olika hälsorisker i hela befolkningen.

7. Skärp Hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor för hela befolkningen

Idag är denna portalparagraf ett rundningsmärke av symbolisk karaktär. Reformer som ökar de sociala och geografiska skillnaderna inom den offentligt finansierade vården beslutas trots att de strider mot Hälso- och sjukvårdslagen. Kommersiella mål och regelverk överordnas samtidigt Hälso- och sjukvårdslagen och de etiska normer som anges för all offentligt finansierad vård. Det krävs en ny skarp lag som garanterar att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kan bedrivas utifrån mål om en bättre och jämlik vård och hälsa.

8. Säkerställ en fortsatt och ökad offentlig finansiering av hälso- och sjukvården

Det största hotet mot svensk sjukvård är bristande personella och finansiella resurser genom att man prioriterar skattesänkningar och städbidrag till medel- och höginkomsttagare före pengar till vård, skola och omsorg. En allt större del av vården måste då finansieras privat. Det innebär - vid ett oförändrat vårdutnyttjande - att de som har mest behov av vård (äldre, kvinnor, låginkomsttagare) får betala mer medan de med mindre behov (de i yrkesverksamma åldrar, män, medel- och höginkomsttagare) betalar mindre. Samtidigt avgör plånboken – inte behovet av vård – i allt högre grad vilka som får vård.

En ökad andel privata vinstdrivna vårdföretag bidrar till denna utveckling som öppnar upp en ny lönsam marknad. En försämrad offentlig vård med långa köer och brister i vårdens kvalitet påskyndar givetvis denna privatisering av såväl drift som finansiering av vården.

9. Utveckla den offentligt finansierade vårdens demokratiska förankring

Strategiska sjukvårdspolitiska frågor måste diskuteras i den vanliga demokratiska processen. Beslut om den skattefinansierade vårdens utveckling och lokalisering ska fattas av medborgarna och de politiska företrädare de valt till riksdag och landsting – inte av de kommersiella vårdföretagens ägare.

Lästips

- Ejd M. (red) Genusyrsel & normuppror. Kapitlet av Katrine Kielos om ”Styrsystemet” . Vårdförbundet 2013.
- Hartman L. (red.) ”Konkurrensens konsekvenser – Vad händer med svensk välfärd”. SNS Förlag 2011.
- Järliden Bergström Å-P, Hort K (red.) Från konkurrens till kvalitet. Kapitlen ”Sjukvården” av Dahlgren G och ”Vinstvarning” av Lindgren A-M. Tiden debatt 2013.
- LO ”Åtgärder för att begränsa vinst i välfärden” i serien Framtidens välfärd-Delrapport 1: 2013.
- Myndigheten för vårdanalys. ”Vem har vårdvalet gynnat?” Rapport 2013:1.
- Socialstyrelsen.” Införande av vårdval i primärvården”, Slutredovisning 2010.
- Socialistisk Debatt Nr 198 ”Världens bästa och mest jämlika vård?”
- Zaremba M. Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Stockholm: Weylers förlag; 2013

Vårdpersonalens arbetsmiljö och patientsäkerheten försämras av nedskärningar och marknadsprinciper

Stockholms läns landsting, SLL, är en av landets största arbetsgivare med cirka 43 000 anställda varav drygt 30 000 inom hälso- och sjukvården. Vården och omsorgen har genomgått stora förändringar under senare decennier. Kravet på kunskaper i arbetet har ökat, vårdtagarna blir äldre och sjukare samtidigt som arbetstagarna åläggs fler arbetsuppgifter. Arbetet är allt mer kvalificerat och kräver omfattande kunskaper. Krav på besparingar från beslutsfattare saknar allt för ofta någon bedömning av konsekvenserna för arbetsmiljön och vårdens kvalitet. Medelåldern bland de anställda är hög och det finns svårigheter att rekrytera personal.

Det råder brist på vårdplatser för både barn och vuxna och vi får återkommande larmrapporter om överbeläggningar, hårt pressad personal och hotad patientsäkerhet. Vårdplatser står idag stängda för att sjukhusen inte klarar av att bemanna dem.

Anställda inom vårdsektorn måste hantera ett brett spektrum av verksamheter och miljöer som innebär hälsorisker och risk för att drabbas av arbetsrelaterade sjukdomar och olyckor. Antalet arbetsskador är stort. Tunga lyft och felaktiga arbetsställningar i trånga arbetsutrymmen är en vanlig orsak till skador, särskilt bland vårdbiträden, undersköterskor och personliga assistenter. Även unga arbetstagare drabbas i hög utsträckning. Den vanligaste orsaken till arbetsskador är fortfarande belastningsergonomiska faktorer, medan sjukdomar beroende på psykosociala och organisatoriska faktorer ökar mest. Nästan en tredjedel av samtliga anmälda arbetsskador på grund av hot och våld finns inom området.

SLL:s Arbetshälsorapport 2012 har särskilt studerat tre vårdyrken och den socioekonomiska fördelningen blir tydlig när de jämförs. Läkare rapporterar i stor utsträckning bättre förhållanden jämfört med sjukskö-

terskor, som i sin tur rapporterar bättre förhållanden än omvårdnads/omsorgsarbetare.

Manliga omvårdnads/omsorgsarbetare rapporterar oftare nedsatt psykiskt välbefinnande och att de får lägre uppskattning för sin arbetsinsats än andra manliga arbetare. Kvinnliga omvårdnads/omsorgsarbetare rapporterar något oftare sömnsvårigheter, smärtor och besvär och att de får mindre uppskattning för sin arbetsinsats än andra kvinnor i jämförbara yrken. Kvinnliga sjuksköterskor rapporterar något oftare sömnsvårigheter, högstressarbete, och att de får liten uppskattning för sin arbetsinsats jämfört med andra kvinnliga tjänstemän på mellannivå. Kvinnliga läkare rapporterar oftare än andra högre tjänstemän att de känner oro och nedstämdhet.

Att arbeta med människor skapar normalt engagemang och tillfredställelse. Men när det saknas tillräckliga förutsättningar för att utföra ett professionellt arbete, till exempel på grund av underbemanning och stress, uppstår känslor av otillräcklighet som bidrar till ökad psykisk belastning. Detta tillsammans med andra påfrestningar utgör en betydande risk för ohälsa och sjukskrivningar. Exempel på andra påfrestningar är stor arbetsmängd, otydliga förväntningar på arbetsinsats samt ensamarbete.

Som en ytterligare komplikation för vårdpersonalen finns risken att bli felanmäld. År 2010 rapporterades i hela riket 40 000 fall till Patientnämnden, Patientförsäkringen, Ansvarsnämnden och enligt Lex Maria. Felanmälningarna har i Stockholms län ökat med 80 procent sedan 2005. En studie har visat att risken att bli anmäld för felbehandling ökar för läkarna på avdelningar där man tar mer hänsyn till administrativa faktorer (till exempel vårdgarantin) än till medicinska faktorer och på avdelningar där man genomför många ständigt återkommande organisationsförändringar. Utredningar om felbehandling på en avdelning skapar oro och hotar hälsan hos all personal (se Theorell och Bejerot, Läkartidningen 48:2501-2504, 2011).

New Public Management och ersättningsreglerna hotar vårdetiken och patientsäkerheten

Vårdarbetets arbetsmiljöproblem beror till stor del på underfinansiering, nedskärningar, snedvridande ersättningsprinciper, vinstdriven privatisering och New Public Management, NPM (nyligen avslöjande beskrivet i en bok av DN-journalisten Maciej Zaremba i *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden* och i många artiklar

av docent Eva Bejerot, Stockholms universitet, och medförfattare – se vidare kapitlet om NPM i denna skrift).

I korthet baseras dessa förändringar inom offentlig sektor på övertygelsen att offentliga tjänster kan rationaliseras kontinuerligt, på samma sätt som varuproduktion, och reformerna präglas också av djup misstro till professionernas krav på självständighet. Förändringar har därför ofta innefattat såväl besparingar som nya metoder för att styra och kontrollera de professionella yrkesgrupperna. Det innebär starkt ökad administrativ belastning eftersom allt skall registreras. Detta har uppmärksammats alltmer inom forskningen och man har visat att orimliga arbetsuppgifter tar mycket tid och bidrar till psykisk ohälsa.

Krav på stora nedskärningar försvaras från beslutsfattarna med att vården behöver och kan effektiviseras: ”Ni ska inte jobba hårdare, ni ska jobba smartare”. Styrningen av vården bygger på en idé att vården kan effektiviseras genom interna marknader, statistik och standardisering. Eftersom sådant rationaliseringsarbete pågått under många år måste man fråga sig om vi kommit till vägs ände med detta. I själva verket kan inte patienters basala behov och sjukdomars förlopp bli föremål för rationalisering.

Den förhärskande köp–sälj–styrningen medför ofta att en sjukvårdsenhet avgränsar sitt ansvar gentemot andra vårdenheter, i stället för att lösa problem genom samverkan. Det medför ökade administrativa redovisningsuppgifter i en redan pressad arbetssituation och skapar etiska konflikter eftersom det tar tid från det faktiska vårdarbetet. Effektiviteten försämras. Det finns därför en omfattande misstro och ogillande hos personalen inför dessa uppgifter.

Samtidigt visar modern forskning om arbetsmiljö och hälsa att upplevelsen av att sakna inflytande över viktiga beslutsprocesser på arbetsplatsen är en källa till stress och ohälsa. Problemen drabbar i slutändan patienterna. Kombinationen av ökad konkurrens och ökad detaljstyrning av anställda förekommer generellt i arbetslivet, vilket är menligt både för de anställdas hälsa och för arbetets kvalitet (Theorell och Karasek, *Svenska Dagbladet* 18.2.2013). Kartläggningar av arbetsmiljön från 1990-talets början till idag visar att utvecklingen gått mot ökade krav samtidigt som möjligheten att påverka arbetet har minskat. Den sämsta utvecklingen i dessa avseenden har man sett bland kvinnor i vård- och skolverksamhet.

Det ersättningssystem som tillämpas inom SLL utgår från ”produktionsresultat” istället för medborgarnas behov. Grupper med sammansatta

vårdbehov ger sämre lönsamhet, främst missbrukare, psykiskt sjuka, hemlösa, flyktingar, åldringar med flera. Detta står i strid med Hälso- och sjukvårdslagen och personalens etiska normer, vilket kraftigt bidrar till att minska arbetstillfredsställelsen. Alltför många söker sig bort från sjukvården på grund av konflikten med att inte kunna tillgodose patienternas behov och samtidigt hålla budgeten.

Köp-säljprinciperna, ersättningssystemet och privatiseringarna infördes långsamt fram till omkring 2005 för att sedan accelerera snabbt. Många olika yrkesgrupper i olika delar av landet har nu börjat protestera och genomfört demonstrationer och upprop, som Gemensam Välfärd stött, mot styrnings- och ersättningssystemen, nedskärningar, överbeläggningar och stress. Vi kommer att fortsätta vårt arbete för en hälso- och sjukvård som bedriver en jämlik och högkvalitativ vård efter behov och som samtidigt ger stor arbetstillfredsställelse.

Historiskt är det intressant att Sveriges sjukhusstadga år 1940 innehåller följande passus:

”Det åligger klinikchefen att själv bemöta de vårdbehövande med vänlighet och människokärlek samt tillhålla den honom underställda personalen att kärleksfullt mot dem uppfylla sina åligganden.”

År 1972 innehåller sjukhusstadgan ingenting om kärlek utan istället står det på motsvarande ställe:

”..det åligger klinikchefen att svara för att klinikens vårdplatser, personal och utrustning utnyttjas effektivt, att personalen noggrant fullgör sina åligganden, att se till att verksamheten bedrives så ekonomiskt som möjligt.”

Utvecklingen mot ekonomistyrning har alltså pågått länge och ersatt grundläggande värderingar!

Hemtjänsten som marknad i Stockholm

Hemtjänsten i Stockholm är en marknad, organiserad enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV) och styrningsmodellen New Public Management. Det innebär skattefinansierad fri etablering av hemtjänstföretag efter godkännande av kommunen. I enlighet med ekonomisk teori ska pensionärerna ifråga, brukare eller kunder som de benämns, genom sitt val av utförare sortera bort de dåliga och gynna de bästa företagen. I Stockholm finns cirka 150 privata och ett 30-tal kommunala utförare. Avsikten är, enligt lagstiftarna, att sätta brukaren i fokus, bidra till en maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare, ökad valfrihet och mångfald och därmed tjänster med ökad kvalitet.

Men att välja mellan cirka hundra utförare i sin stadsdel, vilka alla presenterar sig i positiva termer, är nästan omöjligt, speciellt för gamla, svaga och sjuka människor. Ingen orkar i praktiken gå igenom hela listan och en grund för en verklig jämförelse mellan utförarna saknas. Därför har utförarna i ökad utsträckning börjat ta sig namn på A. Biståndsbedömarna, som avgör vilken hjälp varje brukare ska ha rätt till, får inte snedvrida konkurrensen genom att påverka brukarnas val av utförare. Och den som inte vill eller orkar välja utförare tilldelasen sådan genom lottning.

Seminarier

Gemensam Välfärd i Stockholm har under de senaste åren genomfört ett antal seminarier om äldreomsorgen i Stockholm, framförallt om hemtjänsten. Det har skett i samverkan med ABF och i vissa fall med PRO i Stockholms stad. Medverkande i seminarierna har varit representanter för olika professioner, tjänstemän i äldreförvaltningen, brukare, företrädare för pensionärsorganisationer, forskare och politiker. Seminarierna har varit välbesökta och med livliga diskussioner. Ett seminarium handlade om LOV, Lag om valfrihet, och den utredning regeringen tillsatt för att utvärdera LOV, främst inom hemtjänsten och för att eventuellt föreslå en tvångslag om LOV. Här deltog också politiker från Göteborg och Malmö, där LOV inte införts.

Seminarierna har dokumenterats och återfinns på GV:s hemsida under ”Dokumenterat” med rubrikerna

Hur klarar vi äldreomsorgen?
Hemtjänsten i Stockholm – en pressad verksamhet.
Biståndsbedömare – grindvakt eller socialarbetare?
Tvångslag om valfrihet

De viktigaste problemen med och förslagen till förbättringar av främst hemtjänsten i Stockholm som förts fram på seminarierna kan sammanfattas enligt följande.

Hemtjänsten i Stockholms stad

Ca 16 500 personer har hemtjänst i Stockholms stad. Ca 30 procent av dem har också hemsjukvård. Medelåldern för dessa är 85 år. LOV gäller, vilket innebär ”kundval” och fri etablering av hemtjänstföretag efter godkännande av Stockholms stad. Drygt 60 procent av hemtjänsten drivs av privata utförare. En stadsdel, Älvsjö, har ingen kommunal enhet, bara privata. Om man inte valt någon utförare, tilldelas man enligt ”lottning” en viss utförare.

Resurserna till hemtjänsten i Stockholm är för små. Tiden för personalen räcker inte till för att ge god omsorg. Arbetsförhållandena är stressade och lönerna låga. Alarmerande är att seriösa stiftelsedrivna företag upphört med sin hemtjänst då man med nuvarande ersättning inte anser sig kunna hålla en godtagbar kvalitet. De bristande resurserna har också medverkat till att biståndshandläggarnas roll har förskjutits från att framförallt bedöma den äldres behov av omsorg till att ”hålla budget”. Det nya ersättningssystem som enligt planerna ska införas från 1 januari 2014 utgör en förbättring men kommer inte att kunna lösa problemen.

Uppsplittringen av verksamheten är ett annat stort problem. Det stora antalet utförare i Stockholm kan exempelvis innebära att en biståndshandläggare kan ha mellan 70-90 utförare av hemtjänst att ha kontakt med. Därtill 5-10 vårdcentraler, korttidsboenden, dagverksamheter med flera. På motsvarande sätt har distriktssköterskan och primärvårdsrehabiliteringen en mängd olika kontakter. Kontinuitet och samverkan blir mycket svåra att skapa och upprätthålla. De som drabbas är framförallt de mest sjuka äldre.

Hur denna fragmentering gått till och konsekvenserna av den beskrevs i ett föredrag under rubriken *Samverkan mellan hemtjänst och primärvård*

ur distriktssköterskans perspektiv - Vad har hänt med samverkan under de senaste 20 åren? Där skildras hur väl samverkan kunde fungera under 90-talet när både vårdcentral och hemtjänsten hade ett områdesansvar. Genom vårdval i primärvården och framförallt genom LOV inom hemtjänsten har denna samverkan slagits sönder.

Inom en stadsdel kan finnas 5-10 vårdcentraler med patienter från också andra stadsdelar. Antalet utförare av hemtjänst i stadsdelen kan vara 75-100. En distriktssköterska kan ha mer än 50 hemtjänstenheter att samverka med. Förutsättningarna för samverkan har försämrats drastiskt. Teamarbete är nästan omöjligt, kontinuiteten i kontakterna dålig och kontaktytorna otaliga. Möten äger rum per telefon och kontakterna med anhöriga och personal brister. Hemtjänstpersonal får inte längre någon utbildning. Det är omöjligt med så många aktörer. Det finns ingen samsyn längre kring den äldre för att gemensamt tillgodose patientens behov.

Valfriheten. Undersökningar visar att många brukare är positiva till att kunna välja utförare. Men hur kan man välja mellan 75-100 utförare i sin stadsdel? Ett val som ofta ska göras i en pressad situation, som i en vårdplanering efter en stroke och där biståndsbedömaren ska vara ”neutral” och inte får komma med råd. Möjligheten att välja och välja bort ska finnas. Den går att förena med ett områdesansvar för utförarna men inte med den kommersialism och stora mängd av företag som finns i Stockholm idag. Viktigt för den äldre är också att kunna välja vad som ska göras i hemmet och vem som ska göra det. Det som prioriteras högst är kontinuitet och trygghet. Endast 3 procent väljer att byta utförare.

Besluten tas bort från professionen. De katastrofala följderna av de nya styrsystemen inom New Public Management innebär att biståndsbedömaren blir mer av en grindvakt för att hålla budget och får allt mindre tid till sociala utredningar och flexibla beslut om insatser. Dessa får alltmer formen av standardbeslut enligt listor. Vårdbiträden, som via sitt företag får ”beställningen”, har sedan att effektuera insatsen - dusch, matlåda, toalett… – som på ett löpande band. Borta är helheten och möjligheten att nyttja sitt kunnande för att ge en god omsorg.

Transaktionskostnader och vinster. Kostnaderna för hemtjänsten i Stockholm har fördyrats genom LOV och det stora antalet utförare. Det har skett en ökning av arbetsuppgifter som att göra förfrågningsunderlag, bedöma ansökningar om etablering, fakturera, följa upp, kontrollera, informera med mera. Därtill kommer att vinsterna till de privata utförarna också tär på resurserna.

Ökad körtid. Trafikverket har genomfört en mycket intressant utredning om konsekvenserna av LOV där man har simulerat hur mycket längre körtiden mellan hemtjänstbesöken blir om man ökar antalet utförare. Med bara en utförare utöver kommunens ökar körtiden med 20 procent. Med två utförare till ökar den med cirka 35 procent. Betänk effekten av 200 utförare som i Stockholm! En talande och utförlig beskrivning av situationen i Stockholm illustrerades vid seminariet *Hemtjänsten i Stockholm - en pressad verksamhet* med ett arbetsschema för ett vårdbiträdes kvällspass. 14 hembesök var inplanerade mellan 16.00 och 22.00. Gångtiden (eller ”springtiden” som det kallas numera) var beräknad till 60 minuter men tog i realiteten två timmar. De 14 hembesöken skulle således klaras på 4 timmar. Den felande tiden tas från de gamla och från personalens raster.

En sammanfattning av Trafikverkets utredning finns i dokumentationen från seminariet *Tvångslag om valfrihet.* Hela utredningen finns på http://publikationswebbutik.vv.se/upload/6472/2011_156_LOV_logistik_och_transportarbete.pdf

Kommunala och privata utförare. Antalet kommunala hemtjänstenheter har minskat, drygt 60 procent av hemtjänsten är i privat regi. Det är viktigt att kommunal hemtjänst ökar sin andel av hemtjänsten. De har ett geografiskt områdesansvar. De har högre andel fast anställda och heltider, liksom högre kompetens och de har kollektivavtal. De utgör en nödvändigt ”riktmärke” för de privata vinstdrivna enheterna och de tar inte heller ut någon vinst från verksamheten. Kommunal hemtjänst ska också vara icke-valsalternativet.

Erfarenheterna från Stockholm. LOV inom hemtjänsten reduceras ofta till frågan om rätten att välja utförare. Det har skymt en seriös diskussion om hemtjänstens kvalitet. Den av regeringen tillsatta utredningen om LOV måste därför göra en allsidig utvärdering av LOV. I den bör ingå en genomlysning av förhållandena i Stockholm. De i viktiga avseenden mycket negativa erfarenheterna härifrån är väsentliga för om LOV ska föreslås bli en tvångslag att införas också i städer som Göteborg och Malmö, där man inte sagt ja till LOV. En tvångslag om LOV måste avvisas.

Förslagen från seminarierna till **förbättring av hemtjänsten** i Stockholm kan sammanfattas i följande punkter:

- Hemtjänsten måste tillföras väsentligt mer resurser så att hemtjänstens mottagare får sina behov tillgodosedda och de anställda tid och möjlighet att ge god omsorg.

- Uppsplittringen av hemtjänsten måste minska. Utförarnas områdeskoppling måste stärkas, samverkan mellan olika aktörer stödjas och problemen med ersättning för delegering och handledning lösas. Antalet privata utförare måste bli färre.

- Biståndshandläggarens sociala roll måste stärkas och funktionen som budgetbevakare minskas. Former för förenklad biståndshandläggning bör införas.

- Stockholms stad bör tillsammans med Kommunal göra en undersökning kring tidsinsatser för olika insatser i hemtjänsten.

- Kommunen måste ställa betydligt högre krav när man certifierar företag inom hemtjänst: bättre anställningsvillkor, högre utbildningsnivå, kollektivavtal och ett områdesansvar.

- Inga fler kommunala hemtjänstenheter ska försvinna. De ska i stället öka i antal och en kommunal enhet återskapas i Älvsjö.

- Det är viktigt att olika former för hemtjänst ska få finnas i landet och kunna utvärderas och jämföras. Därför måste en tvingande lagstiftning om LOV, Lagen om valfrihet, förhindras.

Ovanstående punkter har tillsammans med dokumentation från ett av seminarierna sänts till pensionärsorganisationerna i Stockholm, till stadsdelsnämndernas pensionärsråd och till Kommunstyrelsens pensionärsråd med förhoppningen att materialet skulle vara till nytta i deras arbete med äldreomsorgsfrågorna i Stockholm.

I dokumentationen från seminarierna på GV:s hemsida www.gemensamvalfard.se finns också hänvisningar till bland annat rapporter som Äldrecentrum givit ut om äldreomsorgen i Stockholm.

LOV – ett systemfel

Erfarenheterna från Stockholm är levande bevis för att hemtjänstens brukare inte fungerar som kunder på en vinststyrd marknad, där de till och med av hänsyn till marknaden förvägras saklig konsumentupplysning. Hemtjänstens mottagare har behov, som blir medel i stället för ändamål på marknaden.

Kraven måste idag öka på de privata utförarna i Stockholm att ha fler heltidstjänster och färre timanställda, att höja utbildningsnivån på sina

anställda och att tillämpa kollektivavtal och meddelarfrihet. Antalet privata utförare måste bli färre och de kommunala fler. Uppsplittringen av hemtjänsten måste minska, utförarnas områdeskoppling stärkas och samverkan mellan olika aktörer stödjas.

LOV med sin fria etableringsrätt av skattefinansierad verksamhet ska rivas upp. Hemtjänsten ska drivas i kommunal regi eller av stiftelser och andra, ej vinstdrivna utförare. Hemtjänstens och primärvårdens områdesansvar måste återinföras så att samarbetet mellan olika enheter kan fungera och utvecklas.

Dagens Nyheter, stockholmsdebatt 2012-05-12

14 hemtjänstbesök – på 4 timmar

Regeringen vill lagstifta om att införa Lov, lagen om valfrihet inom hemtjänsten, i hela landet. Hemtjänsten är redan utsatt och vi kan se i Göteborg och Malmö att det fungerar bättre utan den här lagen, anser Peter Lorentzon och Britta Ring, aktiva i Gemensam välfärd Stockholm.

Att besöka 14 äldre personer på 4 timmar och hjälpa dem med middag, medicin, kvällshygien, toabesök, byta blöjor med mera – så kan ett kvällspass se ut för ett vårdbiträde inom hemtjänsten i Stockholms innerstad. I genomsnitt 17 minuter hos varje person, hos några kanske 20 minuter, hos andra nästan ingen tid alls. Så illa är det, med kvaliteten i hemtjänsten och med arbetsmiljön för personalen. Denna skildring inledde ett seminarium ”Hemtjänsten – en pressad verksamhet” som Gemensam välfärd arrangerade tillsammans med ABF för en tid sedan.

Egentligen omfattar kvällspasset sex timmar, men två timmar försvinner i gångtid (springtid som det kallas numera) mellan de olika brukarna. Anledningen är att hemtjänstföretagen inte har ett områdesansvar utan har sina ”kunder” utspridda över stora områden. En annan anledning är att de totala resurserna till hemtjänsten är för små. Ett nytt ersättningssystem ska införas från nästa år. Det kan förbättra situationen, men utan en ordentlig höjning av budgeten för hemtjänsten kommer kvaliteten på hemtjänsten och arbetssituationen för personalen inte att kunna förändras i grunden.

Ett annat stort problem för hemtjänsten är fragmentiseringen av verksamheten. I dag finns ca 135 privata och 40 kommunala utförare av hemtjänst i Stockholms stad. Det betyder att en biståndshandläggare kan ha mellan

70 och 90 utförare att ha kontakt med. Lägg därtill kontakter med vårdcentraler, korttidsboenden, dagverksamhet med mera. På motsvarande sätt är det för distriktssköterskan och för primärvårdsrehab. Samverkan är mycket svår, ja omöjlig att skapa. Den formella valfriheten för brukaren att kunna välja mellan 90 utförare i sin stadsdel har mycket negativa konsekvenser för det som uppskattas mest, kontinuitet och trygghet. Det drabbar framför allt de sjukaste äldre. Ungefär 30 procent av dem med hemtjänst har också hemsjukvård.

Som kontrast till denna fragmentisering gavs på seminariet en bild från Göteborg och Malmö, där man valt att inte införa Lov, valfrihet inom hemtjänsten. Hemtjänsten är kommunal och enheterna har ansvar för ett geografiskt område och förutsättningarna för samverkan mellan olika professioner är goda. Här tillämpas också en modell för ökat självbestämmande i hemtjänsten. Cirka 25 kommuner i landet har sagt nej till Lov. Ytterligare ett trettiotal har inte bestämt sig. Man ansåg på seminariet att det var väsentligt att de olika modeller som finns för hemtjänsten får fortsätta att existera och att de kan utvärderas och jämföras. Det vore därför djupt olyckligt att, som regeringen hotar, lagstifta om att Lov ska införas inom hemtjänsten i hela landet.

60 procent av hemtjänsten är i privat regi. Någon stadsdel saknar helt kommunala utförare. Det är viktigt att kommunal hemtjänst finns kvar och helst ökar. Den har ett geografiskt områdesansvar. De har högre andel fast anställda och heltider, liksom högre kompetens och de har kollektivavtal. De utgör ett ”riktmärke” för de privata vinstdrivna enheterna och de tar heller inte ut någon vinst från verksamheten.

Sammanfattning av en hearing på ABF-huset i Stockholm 14 november 2009

Vårdval Stockholm – kritiken växer

Kritiken av Vårdval Stockholm handlade sammanfattningsvis om att Systemet

- premierar läkarbesök och behandling av patienter med lågt prioriterade behov, som tar kort tid att utreda, på bekostnad av patienter med stora behov och därför lång utrednings- och behandlingstid

- ökar ojämlikheten i länet i tillgång till hälso- och sjukvård genom att etableringsfriheten inte tar hänsyn till de olika socioekonomiska förhållandena som råder i länet, vilket drabbar patienter i låginkomstområden

- stimulerar till vård på fel nivå genom det ekonomiska ersättningssystemet, exempelvis att läkare utför insatser som sjuksköterskor har kompetens för och att sjuksköterskor utför undersköterskors uppgifter

- stimulerar inte till förebyggande arbete;

- är kostnadsdrivande

- är bristfälligt utvärderat ur jämlikhetsaspekter

- innebär ett hot mot sjukvårdens demokratiska styrning genom privatiseringen

Erfarenheterna i Stockholm, liksom internationella erfarenheter, talar emot att kommersiella vårdsystem kan tillgodose Hälso- och sjukvårdslagens målformulering (§ 2) om ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. 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”.

Hearingens huvudfrågeställning – *Strider Vårdval Stockholm mot Hälso- och sjukvårdslagen?* – besvarades med ett ”ja” av kritikerna: Vårdval Stockholm strider mot intentionerna i Hälso- och sjukvårdslagen, som bör skärpas så att ökad jämlikhet blir en skyldighet för landstingen.

Under hearingen framfördes också att en god primärvård skall:

- ge en god vård till alla på lika villkor och ge företräde till dem med de största behoven
- minska ojämlikheten i tillgång till hälso- och sjukvård och göras tillgänglig med hänsyn till de olika socioekonomiska förhållandena i länet
- vara lättillgänglig och effektiv
- ge vård på rätt kompetensnivå och vara av hög kvalitet
- arbeta förebyggande och hälsofrämjande
- kontinuerligt utvärderas med vetenskapliga metoder.

Längre sammanfattningar av alla föredragen finns att läsa under Dokumenterat på GVs hemsida http://gemensamvalfard.se/dokumenterat/

Svenska Dagbladet Brännpunkt 6/11 2013

Systemfel går ut över psykiatriska vården

Nuvarande ersättningssystem med ett detaljerat poängsystem påverkar psykiatrin negativt. Nu måste ansvariga lyssna till rösterna från psykiatrins vardag, skriver företrädare för psykiatrin i ett upprop med 164 undertecknare.

Läkarbesök premieras på bekostnad av andra professioners insatser, skriver artikelförfattarna.

Ekonomistyrningen främjar begränsade, ofta manualstyrda, insatser.

De ekonomiska ersättningssystemen inom sjukvården som rönt stor uppmärksamhet den senaste tiden leder till missförhållanden även inom den psykiatriska vården. Den kris för psykiatrin som ständigt debatteras i medierna förvärras av ekonomistyrningen. Vi som skriver detta och som arbetar eller har arbetat i psykiatrin eller är brukare, forskare, medlemmar i yrkesorganisationer och anställda hos andra vårdenheter som samarbetar med psykiatrin anser att systemet måste ändras. Det finns tecken på att myndigheter och ansvariga politiker också börjat inse det.

Men för att en förändring verkligen ska komma till stånd, och för att undvika att nya modeller leder till nya negativa effekter, är det viktigt att noga lyssna till och dra slutsatser av våra och andras konkreta vittnesbörd om de verkligheter vi lever och verkar i.

Bland exemplen på hur de nuvarande ersättningssystemen med ett detaljerat poängsystem påverkar psykiatrin negativt kan vi nämna följande:

- Ersättningssystemet försvårar den samverkan med andra myndigheter, till exempel socialtjänsten, som är helt nödvändig inom psykiatrin. Personal i kommunernas socialpsykiatri har vittnat om hur landstingspsykiatrins personal i högre grad uteblir från samverkansmöten, med hänvisning till att de inte hinner på grund av poängjakten.

- Ersättningssystemet ger ingen ersättning för uppsökande arbete som därför måste prioriteras ned. Psykiatrin kan inte uppfylla sitt samhällsansvar att på ett tidigt stadium fånga upp och erbjuda hjälp åt personer med psykisk störning och deras familjer.

- Stödet till anhöriga försvåras till exempel av att det inte utgår ersättning för att ha telefonkontakt med patientens anhöriga vilket i många fall kan vara enklare än besök på mottagningen.

- Nybesök premieras ekonomiskt, samtidigt som det är välbekant att psykiatrins patientgrupper behöver kontinuitet och uthållighet över lång tid. Detta leder till orimligt långa väntetider för återbesök.

- Läkarbesök premieras ekonomiskt på bekostnad av andra professioners insatser. Patienter måste komma på personligt läkarbesök för sådant som tidigare löstes per telefon, till exempel receptförnyelse.

- Korta slutenvårdstider premieras ekonomiskt, vilket ökar risken för ett system med ”svängdörrspatienter” som skrivs ut för tidigt.

- Ekonomistyrningen främjar begränsade, ofta manualstyrda, insatser trots att forskning visat att behandlarens kompetens och patientens individuella behov och problematik spelar större roll för behandlingsresultatet. Ett aktuellt exempel i Sverige är den statliga rehabiliteringsgarantin som när det gäller psykisk ohälsa går till enbart kognitiv beteendeterapi, och som dessutom visat sig sakna effekt på sjukskrivningarna.

- Ekonomistyrningen riskerar att leda till att det individuella bemötandet försämras och att personen reduceras till en diagnos, eftersom diagnossättningen är så högt premierad. Detta har påpekats av bland andra brukarföreningarna. Psykiatrin befinner sig i ett tvärdisciplinärt fält där patienten inte bara kan förstås och mötas från ett snävt naturvetenskapligt perspektiv – med de nya ersättningssystemen hotas den humanistiska aspekten av psykiatrins verksamhet.

- Förändringarna har blivit stora inom barn- och ungdomspsykiatrin som tidigare haft ett självklart helhetsperspektiv, där barnens problem setts i ljuset av deras totala livssituation och familjeomgivning. Barn med komplexa problembilder som kräver kontinuitet, långsiktighet och samverkan mellan psykiatri, socialtjänst och skola passar inte in i de nya ersättningssystemen.

- Systemet är korrumperande. Vårdinsatser anpassas till ersättningssystemet för att verksamheten ska hålla budgeten och överleva som verksamhet, oavsett om det motsvarar patienternas behov eller ej.

- Arbetsmiljön påverkas negativt när personal tvingas avstå från professionellt motiverade åtgärder av ekonomiska skäl. Personalen drabbas också av att den administrativa bördan kraftigt ökat och stjäl tid från patientarbetet. Till det bidrar också att it-systemen ofta krånglar eller är tungrodda.

Vi som skrivit det här uppropet har inte någon färdig gemensam modell för hur vården ska styras. Oavsett det anser vi att vi har en skyldighet att säga ifrån om missförhållanden. Och vi har tre tydliga krav:

- Det nuvarande ersättningssystemet måste förändras innan det ställer till mer skada.

- Även om det sker nödvändiga förändringar i de ekonomiska ersättningssystemen måste deras effekter på vårdens kvalitet kontinuerligt följas. Det framhålls i forskningen om ersättningssystem och det är minst lika viktigt som uppföljningen av vårdpersonalens insatser.

- Personal-, patient- och anhörigföreträdare måste bjudas in att ge sina erfarenheter och bli verkligt delaktiga i arbetet att utveckla den psykiatriska vården. Det är dags att lyssna på erfarenheterna från psykiatrins vardag!

HÅKAN GÖTMARK specialistläkare psykiatri; AMI ROHNITZ f d patient, ordförande i Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH Stockholms län; ERIKA MELLQVIST skötare, styrelsemedlem Kommunal Stockholms län, sektion SLSO Sjukvård Norr; KARIN ROSENQVIST chef för kommunal socialpsykiatri, Skärholmens stadsdel; ULLA BERTLING specialist i klinisk psykologi, leg psykoterapeut, fil dr; TORSTEN KINDSTRÖM f d ordf Föreningen Balans, anhörig, samhällsdebattör; MARIANNE ENGELSE FRICK barn- och ungdomspsykoterapeut, konsult BUP; GUNNAR BOHMAN leg psykolog/leg psykoterapeut, lektor vid Stockholms universitet; SIGMUND SOBACK specialistläkare barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, ordförande i PsykoterapiStiftelsen; LANCE CEDERSTRÖM psykoterapeut; MARIA SUNDVALL specialistläkare psykiatri; MARGARETA FALK HOGSTEDT specialistläkare psykiatri; ANNE STEFENSON specialistläkare psykiatri; ULLA ELFVING EKSTRÖM ordförande i Intresseföreningen för schizofreni, IFS, i centrala Stockholm.

Och 150 undertecknare ytterligare som finns på nätversionen i Svenska Dagbladet.

Regeringens folkhälsopolitik på villovägar

Gunnar Ågren[1] Christer Hogstedt[2] Bernt Lundgren[3] Per-Olof Östergren[4]

Den ojämlika hälsan har betecknats som vår tids största orättvisa. De globala hälsoklyftorna är enorma. Även den svenska folkhälsan är ojämlik och klyftorna ökar. Enligt SCB:s senaste statistik är skillnaden mellan låg- och högutbildade kvinnor respektive män nu omkring 5 år i återstående livslängd vid 30 års ålder. Skillnaden i total medellivslängd för kvinnor mellan bästa och sämsta kommun är 6 år (Danderyd 86,0 år och Älvdalen 80,0 år). Bland män är skillnaden 8,4 år (Danderyd 83,0 år och Ljusnarsberg 74,6 år). Medellivslängden bland kvinnor i Älvdalen är lika hög som i Colombia och bland män i Ljusnarsberg lika hög som i Panama.

Världshälsoorganisationen, WHO, har ställt upp målet att utjämna hälsoklyftorna inom en generation genom att påverka hälsans sociala bestämningsfaktorer, framför allt ojämlikhet i makt, inflytande och människors levnadsförhållanden. Detta förtydligas ytterligare i ett policyramverk, Health 2020, som antogs av WHO:s Europakommitté i september 2012, där jämlik hälsa ses ur ett rättighetsperspektiv och nödvändigheten av sektorsövergripande insatser betonas.

Sverige har undertecknat ramverket men av detta finns knappast några spår i den skrivelse, En folkhälsopolitik med människan i centrum (skr. 2011/12:166), som regeringen överlämnat till riksdagen och som har be-

1. Tidigare generaldirektör för Statens folkhälsoinstitut, kommissionär i Östgötakommissionen
2. Professor emeritus, tidigare forskningschef vid Statens folkhälsoinstitut
3. Folkhälsopolitisk expert, tidigare huvudsekreterare i Nationella folkhälsokommittén. E-post: bernt.lundgren@valfardsanalys.se.
4. Professor i socialmedicin, Lunds universitet, kommissionär i Malmökommissionen.

handlats under februari av Socialutskottet och riksdagen. Den centrala utgångspunkten för regeringens nya inriktning av folkhälsopolitiken är ”tilltron till – och respekten för – individens egen förmåga och drivkraft”, vilket är hedervärt men otillräckligt. Även om samhällsstrukturens och de sociala förhållandenas betydelse för hälsan nämns i skrivelsen så ligger hela betoningen på individens ansvar för sin egen hälsa och föga på samhällets ansvar för att skapa förutsättningar för en jämlik hälsa. Regeringen erkänner visserligen att det finns ojämlikhet i hälsa men denna relateras enbart till utbildningsnivå och antas minska av sig självt utan ytterligare åtgärder.

Dessa prioriteringar står i strid med den folkhälsopolitik som riksdagen antog 2003 och aldrig upphävt även om den modifierades av alliansregeringen 2008 (prop. 2007/08:10, En förnyad folkhälsopolitik) med tydliga markeringar av att de strukturella målen inte längre var i högsätet. Fokus började flyttas till de individuella levnadsvanorna med en ökad betoning på individens eget ansvar för valet av dessa och från generella insatser till specifika sådana riktade mot utsatta grupper.

I landstingen, som initialt hade stora visioner som ägare av viktiga delar av den folkhälsopolitiska agendan, snävades perspektivet ganska snabbt in på temat hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Detta potentiellt viktiga område har dock arbetat i stark motvind genom ständiga underskott i landstingens sjukvårdsbudgetar och nedskärningar som drabbat det som inte ansetts som kärnverksamhet hårdast. Vårdvalreformerna har missgynnat det förebyggande arbetet och avskaffat ansvaret för befolkningens hälsa baserat på geografiskt område, försvårat uppföljningen av en jämlik vårdtillgång och samarbetet med den kommunala folkhälsoorganisationen.

Att minska hälsoklyftorna är den viktigaste åtgärden för att förbättra folkhälsan. Ökad jämlikhet skulle ge stora samhällsvinster både i levnadsår och i produktionsförmåga. En studie av konsekvenserna av den ojämlika hälsan inom EU beräknar att den kostar upp till nio procent av BNP.

Att minska ojämlikheten i hälsa var också huvudskälet till att riksdagen 2003 fastslog att det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet skulle vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och betonade mål om delaktighet och inflytande i samhället, ekonomisk och social trygghet, trygga uppväxtvillkor och ökad hälsa i arbetslivet förutom livsstilsfaktorer. Målen skulle uppnås genom att myndigheter, kommuner, landsting och andra aktörer

samarbetade för att påverka hälsans bestämningsfaktorer och skapa förutsättningar för en bättre folkhälsa.

Den svenska folkhälsopolitiken väckte internationell uppmärksamhet genom att den angrep de bakomliggande orsakerna till ohälsans fördelning baserat på de vetenskapliga analyser som beställts och sammanfattats av den Nationella folkhälsokommittén. Sedan dess har en stor mängd kunskap ackumulerats i Sverige och internationellt och som borde ha tagits tillvara vid utformning av en politik för att åstadkomma en bättre och jämlik hälsa. Regeringen har istället avvisat uppmaningar från forskarsamhället och aktiva folkhälsoarbetare att tillsätta en nationell kommission som skulle analysera orsakerna till ojämlikhet i hälsa och ge förslag på åtgärder i dagens samhälle.

Med jämlik hälsa som en mänsklig rättighet måste utvecklingen mot djupare hälsoklyftor brytas och folkhälsopolitiken fokuseras på de strukturella orsakerna till ohälsa och ojämlikhet. Förbättrade uppväxtvillkor och miljöer, full sysselsättning och ökat inflytande på och utanför arbetsplatserna skulle bidra. Det är emellertid mer än tio år sedan det gjordes en heltäckande, vetenskapligt grundad analys av hälsokonsekvenserna av förändringar i sysselsättningspanoramat, den demografiska utvecklingen och ökad invandring, socialförsäkringssystemen, privatiseringen av skolor, vård och omsorg, livsstilsförändringar m.m.

På några håll i landet, bl.a. i Östergötland genom Östgötakommissionen för folkhälsa och i Malmö stad genom Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö, har inventeringar gjorts eller pågår av orsaker till ojämlik hälsa och en översyn av åtgärder för att minska hälsoskillnaderna. Det är enligt vår mening förtjänstfulla initiativ som kan ha betydelse både lokalt och nationellt. Emellertid bör också den nationella politiken som sådan ses över.

Vi föreslår därför att en nationell kommission med vetenskapligt expertstöd tillsätts för att göra en grundläggande översyn av den svenska folkhälsopolitikens förutsättningar. Kommissionen bör ta del av och värdera det vetenskapliga underlaget om hälsans sociala bestämningsfaktorer som har tagits fram i Sverige och internationellt under 2000-talet. De samhällsekonomiska effekterna av ojämlik hälsa bör också belysas.

Vidare bör målen för den svenska folkhälsopolitiken ses över och kvantifieras så att utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer och jämlikhet kan följas upp i ett genus- och socioekonomiskt perspektiv liksom för sårbara grupper. Avslutningsvis bör förslag lämnas om styrning, ansvars-

fördelning, uppföljning och utvärdering så att arbetet för en bättre och jämlik hälsa kan effektiviseras.

Riksdagens behandling av den folkhälsopolitiska skrivelsen har gett förutsättningar för att debattera olika folkhälsostrategier och åtgärder, den föreslagna svenska strategins överensstämmelse med internationella strategier som Sverige ställt sig bakom och nödvändigheten av ett förnyat underlag för en kunskapsbaserad, åtgärdsinriktad och uppföljningsbar strategi. Majoriteten av ledamöterna i riksdagens socialutskott har dock accepterat regeringens inriktning i skrivelsen medan oppositionen har krävt att folkhälsopolitiken återupprättas och att den ojämlika hälsan och människors livsvillkor sätts i fokus för åtgärder. Oppositionen har också betonat att det behövs en översyn av folkhälsopolitiken genom en nationell kommission. Vi delar den uppfattningen.

En förkortad version av artikeln publicerades den 13 februari 2013 i Östgöta Correspondenten. I den text som nu redovisas i Socialmedicinsk tidskrift har några uppdateringar gjorts med anledning av att riksdagens socialutskott har behandlat regeringens skrivelse och att riksdagen den 21 februari har beslutat att lägga skrivelsen till handlingarna.

Svenska Dagbladet Brännpunkt 30/3 2011

Sluta straffa våra patienter

En lag som förutsätter att tillfrisknande sker efter tidtabell är inget annat än omänsklig. Vi möter ofta patienter som har hamnat i kläm i den nya sjukförsäkringsreformen. Utförsäkringarna måste stoppas nu, skriver 108 läkare.

En ung man med Aspergers syndrom fick avslag på ansökan om sjukersättning, och hamnade i ett så svårt tillstånd att han fick läggas in för elbehandling, skriver Läkartidningen. I radions P1 framträder en annan ung man vars tillfälliga sjukersättning efter en hjärnskada för fem år sedan gått ut. Han anses för frisk för sjukersättning, för sjuk för att jobba och får inte försörjningsstöd eftersom han bor i en bostadsrätt som hans mamma har betalat.

Förra året väckte det uppseende i massmedierna när en grupp onkologer beskrev hur Försäkringskassan tvingar deras patienter att avbryta cancerbehandling för att delta i arbetsträning. Från psykiatriska kliniker rapporteras om fall av självmord, där beskedet om utförsäkring blivit det slag som fått personen att definitivt tappa livsviljan.

Vi 108 undertecknande läkare vet att dessa humanitära tragedier bara är toppen på ett isberg. Vi möter ofta patienter som kommit i kläm i den nya sjukförsäkringsreformen, den ”reform” som infört benhårda tidsgränser för sjukpenning och avskaffat den tillfälliga sjukersättningen. Under det närmaste året kommer många tusen personer ytterligare att utförsäkras och den ansvarige ministern Ulf Kristersson planerar inga snabba åtgärder.

När vi klagar får vi ofta höra att det är vi läkare som skriver dåliga intyg. Och i vår frustration frestas vi att slå tillbaka och säga att Försäkringskassan är hård och hjärtlös.

Men låt det vara fullständigt klart – oavsett hur bra intyg vi läkare skriver, oavsett hur empatiska Försäkringskassans handläggare är – att felet ligger i en lag

...som förutsätter att tillfrisknande även efter mycket svåra och långvariga sjukdomar sker efter tidtabell.

...vars hävdande att all arbetsförmåga ska tillvaratas bygger på en fiktiv arbetsmarknad.

I den verkliga svenska arbetsmarknaden har vi som arbetat länge i yrket sett hur möjligheterna att återkomma till arbetslivet krympt årtionde för årtionde.

...som brutalt tvingar läkare att rycka hoppet från sina patienter, när det är endast hoppet som ibland kan hjälpa patienten till rehabilitering, om inte ända till jobb så åtminstone till ett drägligare liv.

Vi tror inte att lösningen ligger i förslaget om att ta bort läkarnas roll i den särskilda arbetsförmågebedömningen. Även om vår arbetsbörda skulle lindras, skulle vår oro för patienterna öka. Ett vårdteam med flera olika kompetenser kan i dialog med patienten, och givetvis med Försäkringskassan, bäst planera för en realistisk rehabilitering.

Vi kräver att statsmakterna omedelbart slutar att skada de långvarigt sjuka genom en omänsklig lag. Utförsäkringarna måste stoppas nu. Skrota förslaget att ta bort vårdpersonalen från den särskilda arbetsförmågebedömningen. Utred snarast om en mänskligare lag, och sätt snarast in nödvändiga resurser för att nå en verklig rehabilitering för dem som drabbats av sjukdom.

JENNY FJELL leg läkare och initiativtagare till Nätverket Resurs, respekt för sjuka och utsattas rätt i samhället; BIRGITTA SÖDERFELDT professor och överläkare i neurologi; MARGARETHA LÖÖF-JOHANSON distriktsläkare; MONIKA KÖNIG psykiater vid onkologklinik; LARS JERDÉN specialist allmänmedicin; PETER KNUTSSON specialist i kardiologi; SVEN ENGSTRÖM distriktsläkare; JAN LIDBECK specialist i smärtlindring; PER-ÅKE LINDESTAD specialist i ÖNH sjukdomar; BJÖRN STRANDER specialist i gynekologi; TORE LINDER specialist i ortopedi; ANN-CATHRIN HELLSTRÖM specialist i gynekologisk onkologi; MARITA BENGTSSON specialist i invärtesmedicin; MARGARETA REIHS specialist i geriatrik; ANDERS NEILAN specialist i företagshälsovård och infektionssjukdomar; ANN SÖRBO specialist i rehabiliteringsmedicin; GUNILLA HOLMSTRÖM reumatolog: ROBERT IRESTIG specialist i socialmedicin; MARIA WOLF specialist i allmänmedicin; HANS PETER SÖNDERGAARD specialist i psykiatri; MARCUS PERSSON ST-läkare i

psykiatri; ROBERT SVARTHOLM specialist i allmänmedicin SUSANNE BEJEROT specialist i psykiatri; DAG KÖRLIN specialist i allmän psykiatri; KRISTINA SELING distriktsläkare; BENGT JÄRHULT specialist i allmänmedicin; ANNA HILLERBERG ST-läkare i psykiatri; DANIEL FRYDMAN specialist i allmän psykiatri; SIGMUND SOBACK specialist i psykiatri; NILS JONEBORG specialist i psykiatri; BO WERNER specialist i socialmedicin; SVEN-OLOF THORELL specialist i allmänmedicin; BENGT ANNEBÄCK specialist i psykiatri; ANNA DANIELSSON distriktsläkare; TOMAS HAGSTRÖM specialist i onkologi; LARS ARVIDSSON specialist allmänmedicin; CAROLINE DE MAN LAPIDOTH specialist i psykiatri; MARIANA DUCARU specialist i allmänmedicin; BENGT MALMGREN specialist i psykiatri; PATRICIA ROTH specialist i psykiatri; CHRISTINA LERGIN ST-läkare i allmänmedicin; ANDERS BERGSTEDT specialist i psykiatri; CATHERINE UDÉN specialist i psykiatri; HJÖRDIS FOHRMAN specialist i allmänmedicin; JENS HALLDIN ST-läkare i allmänmedicin; ANN GARDNER specialist i allmänpsykiatri; MATS HUMBLE specialist i psykiatri; BIRGITTA BRUNES specialist i allmän medicin; KARIN BONDESSON specialist i allmän psykiatri; HÅKAN AGNSÄTER läkare inom psykiatri; LENA HAMBORG specialist i psykiatri; ANNA HEDERUS specialist i psykiatri; CHARLOTTE LEWIN specialist i psykiatri; CHARLOTTE WIKTORSSON specialist i allmänmedicin; MARIANA HULTÉN underläkare inom psykiatrin; ULF EKLUND specialist i allmänmedicin; DANIEL KVICK ST-läkare psykiatri; ELISABET HJERPE specialist i gynekologisk onkologi; KARIN SJÖSTRÖM specialist i psykiatri; HANS BRANDSTRÖM distriktsläkare; ULRIKA NYKVIST företagsläkare; ERIK JESSEN allmänläkare; MARIA SJÖDAHL distriktsläkare; JESPER JOHANSSON ST-läkare allmänmedicin; GILLIS NYGREN specialist i allmänpsykiatri; RITVA HARA specialist i allmänmedicin; AGNES MESTERTON specialist i psykiatri; BO JONSSON specialist i psykiatri; INGRID LINDGREN specialist i psykiatri; HENRIK NYBÄCK specialist i psykiatri; LIDIA MISKOVA ST-läkare psykiatri; DANIEL HÅKANSSON leg läk allmänmedicin; LARS WAHLSTRÖM specialist i psykiatri; ANNEMARIE PETTERSSON specialist i psykiatri; OLOF LARSSON specialist i psykiatri; MARTIN OLSSON specialist i psykiatri; INGEGERD WAHL specialist i psykiatri; THOMAS ROSENLUND specialist i psykiatri; SONJA HERMANRUD specialist i psykiatri; HARRIET HÄGGBLOM specialist i psykiatri och i allmänmedicin; GÖRAN DAHLBERG specialist i allmänmedicin; HANNA KATAOKA ST-läkare i psykiatri; LARS BÄCKLUND specialist i allmänmedicin; ANNIKA DANIELSSON ST-läkare i psykiatri; ANETTE RYRÅ specialist i psykiatri; RAGNHILD BJÖRKLUND specialist i rehabmedicin; PER ALSÉN distriktsläkare; AGNETA BORGARE specialist i allmänpsykiatri; MARKUS KALLIOINEN specialist i allmänmedicin; KENT NILSSON specialist i psykiatri; KERSTIN RÖNNBLOM specialist allmänmedicin; MARIA SUNDVALL specialist psykiatri; ANDREA TYBURSKI ST-läkare allmänmedicin; KARIN DAHLBERG specialist i psykiatri; MÅNS GERLE ST-läkare psykiatri; SAM RUNEBERG distriktsläkare; MONICA BACKMAN distriktsläkare; JOHAN ALINDER specialist i rehabiliteringsmedicin; MIKAEL BELLANDER distriktsläkare; KARIN STARZMANN distriktsläkare; NINA NYBLOM specialist i psykiatri; SOLVEIG WANLAND distriktsläkare; MATS FOLDEVI specialist i allmänmedicin; ELISABET ABDO specialist i allmänmedicin; AXEL GRÖNQVIST AT-läkare; MARIA TRUEDSSON distriktsläkare; LINDA NILSSON vikarierande underläkare vårdcentral

Sydsvenska Dagbladet 2/12 2013

”Systemet har varit vårt minne över utveckling och förändring av levnadsförhållanden.”

Aktuella frågor. Det är hög tid att SCB återgår till att göra intervjuundersökningar av levnadsförhållanden genom besöksintervjuer, med samma upplägg som före 2006. Det skriver ett stort antal professorer och experter i området välfärdsforskning.

För 40 år sedan inrättade Sveriges riksdag ett nytt statistiksystem för välfärdsutvecklingen i vid bemärkelse, för forskning, samhällsplanering och samhällsdebatt. Systemet skulle bli ”en varningsklocka” – och en sådan blir särskilt viktig i förändringstider.

Statistiska centralbyrån, SCB, fick förtroendet att utveckla och genomföra intervjuundersökningar av levnadsförhållanden – den så kallade Ulf, Undersökningen om levnadsförhållanden.

Dessa intervjuundersökningar har under 35 år varit ett viktigt underlag för medicinsk och samhällsvetenskaplig forskning, för intresseorganisationer, för samhällsplaneringen i vid bemärkelse, och för opinionsbildningen kring de stora fördelningsfrågorna. Inte minst när det gäller kulturaktiviteter har Ulf haft avgörande betydelse.

SCB:s verksledning har tidigare betecknat Ulfsystemet som ”SCB:s flaggskepp”.

Sveriges riksdag har sedan 1970-talet investerat omkring 600 miljoner kronor i Ulf. Systemet har varit vårt minne över utveckling och föränd-

ring av levnadsförhållanden, och basen för en omfattande publicering från SCB och andra myndigheter, forskningsinstitutioner, fackliga organisationer och medier.

Under åren 2005–2006 slog SCB ihop Ulfsystemet med EU-Silc, som är en enklare och kortare undersökning för alla EU-länder, till en gemensam 60 minuters lång telefonundersökning.

De väl inarbetade och detaljerade besöksintervjuerna ersattes med mer summariska telefonintervjuer. Ulfintervjuerna anpassades till telefonmetoden, frågeformuleringar och definitioner ändrades för att passa EU-Silc och väsentliga delar av Ulfs frågebatteri ströks. Därmed övergav SCB de ursprungliga direktiven.

Metodforskningen, inklusive SCB:s egna metodpublikationer, visar att långa telefonundersökningar utgör en orimlig belastning på intervjupersoner. Telefonundersökningar måste vara korta, max 30 minuter, och frågorna enkla. De lämpar sig inte för detaljerad kartläggning av levnadsförhållanden.

SCB har tvingats halvera intervjutiden, men trots detta har bortfallet nu fördubblats till 42 procent och är ännu högre för de marginalgrupper för vilka Ulf en gång inrättades. Nu ska intervjutiden korrigeras nedåt, och inte minst hälsomätningarna reduceras avsevärt.

Sverige har alltså förlorat jämförbarheten med de Ulfundersökningar som genomfördes från 1974 till 2006.

Särskilt allvarligt är att de svenska folkhälso- och arbetsmiljömätningarna har avbrutits. Socialstyrelsen har anmält till regeringen att den inte kan fullgöra sitt uppdrag utan tillgång till Ulfmätningarna av folkhälsoutvecklingen.

Metodbytet till telefonintervjuer fick negativa konsekvenser även för EU-Silc. Eftersom nästan alla andra EU-länder genomför EU-Silc med besöksintervjuer innebar den nya gemensamma Ulf- och Silc-telefonundersökningen att jämförbarheten mellan EU-länder skadades.

I en expertgranskning av EU-Silc, beställd av Eurostat, framhålls att just svenska Silcdata på grund av bristande kvalitet ska betraktas som ”enbart illustrativa”.

När det gäller att motivera människor att svara uppriktigt på frågor om levnadsförhållanden är den personliga besöksintervjun bäst. För vissa grupper, såsom barn och äldre, är besöksintervjuerna ett måste.

Den representativa demokratin kräver informerade väljare och kunskap om levnadsförhållanden i landet. Riksdag och regering har ett ansvar för att välfärdsproblem och fördelningskonflikter synliggörs genom tillförlitlig information. Detta kräver tillgång till högkvalitativa och långa tidsserier som bygger på konstant metodik. Detta saknas i Sverige sedan år 2006.

Kritiken från statistikanvändarna i förvaltning och forskning har varit omfattande. SCB har vidare genom egna utredningar bekräftat kritiken i efterhand. SCB har alltså inte fullgjort sitt uppdrag.

Det är hög tid att regering och riksdag tar ett initiativ så att man kan förbereda ett återupptagande av Ulf år 2014. Undersökningen bör genomföras med besöksintervjuer, med samma upplägg som tidigare, så att man kan se förändringar i befolkningens levnadsförhållanden sedan 2006. Samtidigt måste högt deltagande i intervjuerna säkerställas. Vi menar att Ulfundersökningarna bör fortsätta även i framtiden.

CHRISTER HOGSTEDT professor; INGVAR LUNDBERG professor; TÖRES THEORELL professor; GUNNAR ÅGREN f.d. generaldirektör för Folkhälsoinstitutet; och ytterligare 35 professorer.

Svenska Dagbladet, Brännpunkt 22/10 2012

Allvarligt slarv med statistik kring dödsfall

Kvaliteten på dödsorsaksstatistiken har försämrats kraftigt. 2011 saknades uppgifter om 1656 dödsfall jämfört med några enstaka fall för några decennier sedan. Bakom oklara dödsorsaker kan finnas vanvård eller till och med brott, skriver tre läkare och en psykolog. De narkotikarelaterade dödsfallen visar en kraftig minskning som sannolikt snarare beror på försämrad inrapportering än minskat narkotikamissbruk, skriver artikelförfattarna.

Sverige var länge världsledande när det gäller tillförlitlig dödsorsaksstatistik. Under senare år har kvaliteten på statistiken försämrats kraftigt utan att detta uppmärksammats. Utan ett högkvalitativt dödsorsaksregister går det inte att säkert följa utvecklingstrender för stora sjukdomsgrupper och medicinska prioriteringar försvåras.

Dödsorsaksstatistiken spelade exempelvis stor roll när man införde hjärtinfarktavdelningar och har tillsammans med cancerregistret varit avgörande för identifieringen av många yrkesrisker, till exempel bland sotare, asbest-, gruv-, gummi-, trä-, strålnings-, kemikalie- och arsenikarbetare.

Enligt Socialstyrelsen är syftet med dödsorsaksregistret att vara ett underlag för att beskriva befolkningens hälsa, att det skall användas till forskning och att det skall vara underlag för insatser inom hälso- och sjukvården (Förordet till Dödsorsaker 2011).

När någon dör är den närmast ansvarige läkaren skyldig att skicka i ett dödsorsaksintyg till Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Tyvärr händer det att läkare inte gör detta. Tidigare hade Socialstyrelsen re-

surser att påminna och arbeta för att få in de kompletterade intygen. Så är inte längre fallet. 2011 saknades uppgifter om 1656 dödsfall jämfört med några enstaka fall för några decennier sedan. Av de saknade intygen gäller 31 barn under ett år där det är särskilt viktigt att få reda på dödsorsaken. Samma år dog totalt 235 barn under första levnadsåret.

I många fall lämnas dödsorsaksintyg in med bristfälliga diagnoser, exempelvis ”ålderdomssvaghet”, som inte ger någon vägledning om den verkliga dödsorsaken. Sådana ofullständigt preciserade fall uppgår till omkring 3000 årligen. Sammantaget innebär detta att närmare 5000 dödsfall varje år saknar meningsfull diagnos. Bakom oklara dödsorsaker kan finnas vanvård eller till och med brott.

En viktig källa till kunskap om akuta dödsfall är rättsmedicinska obduktioner. Intyg baserade på dessa obduktioner har minskat, vilket påverkar bland annat statistiken över självmord. En rapporterad minskning av självmorden kan således bero på att färre rapporteras in snarare än en reell förbättring.

Kvalitetsbristen i dödsorsaksstatistiken drabbar i stor utsträckning dödsorsaker som det är särskilt angeläget att förebygga exempelvis självmord, trafikolyckor samt alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall. Statistiken över alkoholrelaterade dödsfall var av så dålig kvalitet 2011 att Socialstyrelsen beslutade att inte publicera uppgifterna. De narkotikarelaterade dödsfallen visar en kraftig minskning som sannolikt snarare beror på försämrad inrapportering än minskat narkotikamissbruk.

Övervakningen av statistikens kvalitet har försämrats. Tidigare fanns ett vetenskapligt råd där forskare kunde ge synpunkter och komma med förslag om förbättringar i dödsorsaksstatistiken. Detta har avskaffats.

Kvalitetsförsämringen av statistiken har flera orsaker. En är att sjukvården fått en alltmer splittrad organisation med olika företag som bedriver sjukvård. Att lämna in statistik till centrala myndigheter är ingen prioriterad uppgift i ett sådant system. Inom dagens äldreomsorg kan det till och med vara svårt att fastställa vem som är ansvarig läkare.

En annan orsak är att regeringen försöker lösa många problem inom hälso- och sjukvårdssystemet genom att ge myndigheter allt fler uppgifter utan motsvarande resursförstärkning. Man ställer krav på en snabb

dödsorsaksstatistik parallellt med att det skall upprättas nya register och samtidigt som verksamheten utsätts för effektiviseringskrav.

Det är av synnerligen angeläget att den höga kvaliteten på dödsorsaksregistret återupprättas genom direktiv och riktade resurser till Socialstyrelsen samt att det vetenskapliga rådet återinrättas.

GUNNAR ÅGREN fd generaldirektör för Statens folkhälsoinstitut, läkare

TÖRES THEORELL professor emeritus, Karolinska Institutet, läkare

CHRISTER HOGSTEDT fd professor vid Arbetslivsinstitutet, läkare

ANNA FUGELSTAD forskare, Karolinska institutet, psykolog

Vad tycker Gemensam Välfärd Stockholm om hälso- och sjukvården och hemtjänsten?

Sammanfattning av förslag och krav

Vi sammanfattar här de viktigaste förslagen och kraven från artiklarna i denna skrift. Det flygblad vi skrev som ett manifest 2010 och som reproducerats i denna skrift är en ännu kortare sammanfattning av våra ståndpunkter.

Om bestämningsfaktorer för jämlikhet i hälsa

- En ekonomisk tillväxt som innebär att inkomstskillnader ökar och att stora grupper ställs utanför arbetslivet ger en försämrad folkhälsa och ökade sociala klyftor. På kort sikt är det viktigt att föra en skattepolitik som för över resurser från människor med höga inkomster och stora förmögenheter till dem med låga inkomster.

- Gemensam välfärd måste prioriteras framför privat konsumtion. De medel som avsätts till välfärdssektorn måste gå till bättre utbildning, vård och omsorg och inte till vinster för privata företag. Vårdvalssystemet måste avskaffas och resurserna fördelas efter behov.

- Full sysselsättning måste återinföras. Det gäller inte minst ungdomar som måste få en garanti för utbildning och arbete.

- Människor som hamnar i sociala svårigheter, blir sjuka eller som drabbas av funktionsnedsättningar måste tillförsäkras en god ekonomisk standard utan förnedrande kontrollsystem. En långsiktig ekonomisk trygghet är den bästa basen för rehabilitering.

- Det bör därför tillsättas en nationell såväl som en regional så kallad Marmotkommission (Sir Michael Marmot var ordförande för Världshälsoorganisationens utredning om de sociala bestämningsfaktorerna för den ojämlika hälsan) med uppgift att analysera och föreslå konkreta åtgärder för att minska ojämlikheten i hälsa. Kommissionen bör vara tungt politiskt förankrad inom landstinget och kommunerna och med medverkan från folkrörelser, experter och forskare.

Ny strategi för en bättre och jämlik vård

- Förstärk och utveckla den offentligt drivna primärvården speciellt i storstädernas låginkomstområden och för befolkningen i underförsörjda lands/glesbygdsområden.

- Nya skattefinansierade vårdcentraler ska drivas offentligt eller av ideella/kooperativa vårdgivare.

- Offentligt finansierade sjukhus ska enligt lag drivas i offentlig eller ideell/kooperativ regi och nya skattefinansierade vårdcentraler ska drivas offentligt eller av ideella/kooperativa vårdgivare.

- Det fria vårdvalet vidgas genom ett ökat utbud av offentligt och privata icke vinstdrivna vårdgivare samt alternativa behandlingsmetoder.

- System för ersättning till vårdgivarna som främjar en bättre och jämlik vård bör utvecklas.

- Säkerställ en fortsatt och ökad offentlig finansiering av hälso- och sjukvården och förstärk hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

- Skärp Hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor för hela befolkningen och utveckla den offentligt finansierade vårdens demokratiska förankring.

Om New Public Management

- Avskaffa NPM-modeller och säkerställ en behovsbaserad budget inom en given finansiell ram.

- En särskild, behovs- och områdesbaserad budget avsätts för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

- All interndebitering av enskilda patienter upphör på sjukhusen och budgeten baseras på patienternas förväntade samlade vårdtyngd.

- Makten över vården måste återtas från anonyma marknads- och managementkrafter och styras ur ett demokratiskt och professionellt perspektiv.

Om psykiatrin

- Det nuvarande ersättningssystemet måste förändras innan det ställer till mer skada.

- Effekterna av ersättningssystemet på vårdens kvalitet ska följas kontinuerligt, vilket är minst lika viktigt som uppföljningen av vårdpersonalens insatser.

- Personal-, patient- och anhörigföreträdare måste bjudas in att ge sina erfarenheter och bli verkligt delaktiga i arbetet att utveckla den psykiatriska vården. Det är dags att lyssna på erfarenheterna från psykiatrins vardag!

Om vårdpersonalens arbetsmiljö

- De hälsofarliga styrnings- och ersättningssystemen måste ersättas med budgetstyrning.

- Vårdpersonalens inflytande över vårdsystemet måste öka och respekteras.

- Stoppa nedskärningar och minska stressen som drabbar såväl patienter som personal. Resurser måste vara tillräckliga för att minimera överbeläggningar.

- Vården skall dimensioneras efter behov, vara jämlik och högkvalitativ samt ge stor arbetstillfredsställelse.

Om sjuk- och utförsäkringen

- Utförsäkringarna måste stoppas nu.

- Skrota förslaget att ta bort vårdpersonalen från den särskilda arbetsförmågebedömningen.

- Utred snarast om en mänskligare lag och sätt in nödvändiga resurser för att nå en verklig rehabilitering för dem som drabbats av sjukdom.

Om Välfärds- och Dödsorsaksstatistiken

- Den mer än 30 år långa serien av högkvalitativa undersökningar om levnadsförhållanden, ULF, har avbrutits och motsvarande statistik som möjliggör sambandsanalyser om välfärdens och jämlikhetens utveckling måste återupprättas.

- Det är också synnerligen angeläget att den höga kvaliteten på dödsorsaksregistret återupprättas genom direktiv och riktade resurser till Socialstyrelsen.

Om hemtjänsten

- Hemtjänsten måste tillföras väsentligt mer resurser så att hemtjänstens mottagare får sina behov tillgodosedda och de anställda tid och möjlighet att ge god omsorg.

- LOV med sin fria etableringsrätt av skattefinansierad verksamhet ska rivas upp. Hemtjänsten ska drivas i kommunal regi eller av stiftelser och andra, ej vinstdrivna utförare.

- Hemtjänstens och primärvårdens områdesansvar måste återinföras så att samarbetet mellan olika enheter kan fungera och utvecklas.

- Kraven på de privata utförarna i Stockholm att ha fler heltidstjänster och färre timanställda, att höja utbildningsnivån hos sina anställda och att tillämpa kollektivavtal och meddelarfrihet måste öka.

- Antalet privata utförare måste bli färre och de kommunala fler. Uppsplittringen av hemtjänsten måste minska, utförarnas områdeskoppling stärkas och samverkan mellan olika aktörer stödjas.

Om Framtidsplanen för Stockholms Läns Landsting

- En ny sjukvårdsplan måste upprättas som utgår från basen för sjukvården, det vill säga primärvården och från en korrekt beskrivning av vårdbehoven i Stockholms län. Ohälsan och därmed vårdbehoven är mycket ojämnt fördelade.

- Sjukvården måste ha ett tydligt områdesansvar och ansvar för att kartlägga ohälsan inom den lokala befolkningen och för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

- Vårdresurser måste fördelas efter behov vilket innebär att utsatta områden bör ha avsevärt mer resurser per invånare än väletablerade.

- Vårdvalssystemet måste avskaffas inom den högspecialiserade vården och ersättas av en budgetstyrd planering som utgår från behoven.

Mer information och kontakt

Hemsida: **www.gemensamvalfard.se**
E-post: **info@gemensamvalfard.se**

Kontaktpersoner Vårdnätverket:

Peter Lorentzon
E-post: petlor@telia.com
Telefon: 08-6402380

Christer Hogstedt
E-post: christer.hogstedt@gmail.com
Telefon: 0768 817078