

kvalitet. Privata vårdföretag har ofta utmärkta behandlingsresultat i de medicinska register som finns. Ju mer tillgängliga de blir för allmänheten, desto bättre för oss.

Vi i Aleris driver på en sådan utveckling och återinvesterar en del av vårt överskott i forskning, utveckling och utbildning. Aleris ägnar sig även åt klinisk forskning inom många områden, till exempel radiologi och geriatrik. För privata företag är det en helt naturlig sak att arbeta med forskning som förbättrar processer och behandlingsmetoder. Däremot bedriver vi inte grundforskning.

Man tar emot patienter för planerade besök även på helger och kvällar, då de ofta vill komma; man skapar bra flöden. Man vårdar sina patienter så att de kommer tillbaka. Man låter inte patienterna vänta länge i väntrummen utan respekterar deras tid.

Man driver inte sina patienter till höga stressnivåer i omöjliga telefonköer.

Vi vet att vi gör väldigt mycket bra i privatägda Aleris, men det som är ännu viktigare är att vi inte är nöjda. Vi vill hela tiden förbättra oss och letar därför ständigt efter förbättringsområden – vi har ju tydliga, ambitiösa mål att sträva mot. En ödmjuk hållning är därför rätt inställning när man arbetar med människors liv och livsglädje.

Just nu pågår hundratals små och stora kvalitetsprojekt runt omkring i Aleris. Många handlar om bättre telefonservice. Andra om bättre behandlingsmetoder. Andra om bättre information till patienterna. Det som är fantastiskt med dessa projekt är att de, förutom att kvaliteten blir bättre, också kommer att öka våra vinster och minska personalens stress. Vi förbättrar

våra processer. Vi vill bli ännu bättre varje dag!

I privata företag är patienter en tillgång, inte en kostnad. Den skillnaden i synsätt gör stor skillnad i attityd och angreppssätt, något jag tror att patienterna märker omedelbart.

I debatten framställs ibland vinst som en kostnad, en kostnad som man tar från vården. Det visar en flagrant brist på basal kunskap om ekonomiska samband. Vinst utvecklar kvalitet och effektivitet i en konkurrenssituation, medan monopol och planekonomi driver kostnaderna och minskar kvaliteten. Till slut faller planekonomiska system samman, det finns inget samhälle som orkar betala kostnaderna för den inneboende ineffektiviteten.

Våra vinster investeras i hög grad i vår verksamhet. Vi investerar i Skandinavien första öppna högfälts-MR-kamera. Vi öppnar ny verksamhet som inledningsvis är förlustbringande. Vi forskar. Vi anställer ny kompetens. Vi

investerar i rationaliseringar. Vi installerar nya och bättre IT-stöd.

Privata vårdföretag kan erbjuda sina tjänster till en prisnivå som ofta ligger 20–30 procent lägre än vad de offentliga monopolerna klarar av – samtidigt som kvaliteten blir högre. Det innebär en lägre kostnad för skattebetalarna, högre kvalitet för patienterna och vinst i företagen. De anställda i vården får också valmöjlighet, det finns fler än en arbetsgivare att arbeta hos. Man kan välja vilken arbetsgivares vision och inriktning som passar bäst.

Det är fortfarande demokratiska, politiska beslut som styr hur verksamheterna i vården ska finansieras, vilka typer av vård som ska prioriteras och mot vilka mål vården ska styras. Den enda skillnaden är att utförandet tas över av företag som verkar i konkurrens och som producerar bättre och billigare vård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Aleris' verksamhet i Sverige

Aleris är verksam inom fyra områden – äldreomsorg, psykiatri, sjukvård och diagnostik. Inom de två senare områdena driver vi nedanstående verksamheter i Sverige:

- Aleris erbjuder specialistsjukvård i form av mottagning och operation på Sabbatsberg Närsjukhuset, Täby Närsjukhus, Järva Närsjukhus, Handens Specialistvård och på Elisabethsjukhuset i Uppsala. (Elisabethsjukhuset är dock en högspecialiserad ortopedisk klinik, inget närsjukhus.)
- Genom Nackageriatriken (belägen på Nacka Närsjukhus) erbjuder Aleris geriatrik, palliativ vård och avancerad hemsjukvård till multisjuka äldre.
- Aleris Hörsel erbjuder hörapparatutprovning på uppdrag av ett flertal landsting i Sverige.
- Aleris Röntgen driver moderna digitala röntgenavdelningar och erbjuder undersökningar med magnetkamera (även öppen), konventionell röntgen, ultraljud och datortomografi. Aleris Röntgen finns på våra närsjukhus i Stockholm och på Elisabethsjukhuset i Uppsala.
- På Aleris FysiologLab (klinisk fysiologi, kardiologi, lung- och allergisjukdomar) har verksamhet på Riddargatan, Sophiahemmet, Odenplan och Ersta sjukhus. I Aleris FysiologLab ingår även Flyg- och Dykmedicinskt Centrum som är beläget på Sabbatsberg Närsjukhuset.
- Aleris Medilab utför laboratorieverksamhet inom klinisk kemi, patologi/cytologi, mikrobiologi och kliniska provningar.

Duger erfarenhet?

■ Min artikel i Läkartidningen 32–33/ 2007 (sidan 2263) hade två fokus:

1. »Privatiserings«-motståndarna tenderar att genast stjälpas seriös debatt genom att föra fram USA som avskräckande exempel. USA är rimligen inte aktuellt som modell för en förändring av den svenska sjukvården, eftersom bättre lösningar finns på närmare håll.
2. Svenska sjukvårdshuvudmän är idag bättre på att leverera stolta paroller än sjukvård. Då är det dags att prova något nytt.

Cirka en sjundedel av min text handlar om ett exempel – personlig erfarenhet av god vård i Österrike, vars sjukvårdsorganisation mer liknar vår än USAs. Detta får Eric

Bertholds att i sitt inlägg i Läkartidningen 35/2007 (sidan 2450) avfärda hela inlägget som »tro och anekdot« och efterlysa vetenskap – i stället för att ta upp vad artikeln egentligen handlar om.

Som verksam kliniker kan jag inte erbjuda hälsoekonomisk vetenskap, men väl en god portion beprövad erfarenhet. Åren 1987–2001 var jag ambulansöverläkare i Östergötland – i en tid som även nationellt präglades av en närmast exemplariskt snabb utveckling. Under den första delen av denna period hade av historiska skäl räddningstjänsterna och några taxiföretag i respektive kommun entreprenadmonopol på verksamheten hos oss.

Ambulanssjukvårdens snabba utveckling ogillades av

en del räddningschefer, som gärna gick till sina kommunpolitiker, som i sin tur gav sig på sina partikamrater i landstingsledningen, och så blev det problem – igen. Under sådana förhållanden var utvecklingsarbetet tidvis milt uttryckt tungrott.

Under den borgerliga majoritetsperioden i Östergötland 1991–1994 beslutades att befintliga entreprenader skulle konkurrensutsättas. Detta mötte initialt motstånd – också från mig själv. Dock hade vi en ytterligt kompetent upphandlare, som samtidigt var lyhörd för vårdens krav, vilket åstadkom ett väl utformat upphandlingsunderlag.

Resultatet blev att tre av Östergötlands nio stationer togs över av ett välrenommerat privat företag. Detta mötte misstänksamhet och protester på berörda stationer, samtidigt som de räddningschefer, som »räddat kvar» verksamheten, hyllades av sin personal – även i medierna.

Mindre än två år senare var situationen den omvända. Den privata entreprenörens personal hade glatt upptäckt att man nu skötte sig själv – utan att ständigt gå via brandmästare etc – medan räddningstjänsternas ambulanspersonal var missnöjd. De hade i avtal gått med på försämrade arbetsvillkor i samband med upphandlingen och åsåg nu hur kollegorna hos den privata entreprenören hade betydligt bättre villkor än de själva.

Fascinerande var när en av förändringens initialt hårdaste kritiker efter ett par år tilltalades av en brandmästare, som påpekade att räddningstjänsten skulle lägga anbud på nästa period »så att ambulanssjukvårdarna åter kunde komma att arbeta under brandmästarna». Det emfatiska svaret blev: »Över min döda kropp!» (Han lämnade så småningom ambulanssjukvården för att arbeta i en mera central befattning inom företaget!)

Vid nästa upphandling tog

entreprenören ifråga över nästan hela Östergötland. Efter en del inledande oro blev det åter lugnt i en väl fungerande organisation.

Det slutar inte här. Den tredje upphandlingen resulterade i att en annan entreprenör konkurrerade ut den befintliga totalt, eftersom skillnaden i de lagda buden var ca 10 procent av 100 miljoner per år. Dessa tio miljoner »räckte för att driva en liten vårdcentral», enligt en landstingstjänsteman i topposition.

Naturligtvis blev personalen orolig och utgick från att de själva skulle få betala den-



Bror Gårdelöf redovisar goda erfarenheter av privatiseringen av ambulanssjukvården i Östergötland.

na kostnadssänkning. Ledningen för det nya företaget lyckades på ett beundransvärt sätt mildra oron, när man påpekade: »Vi följer gällande avtal och har inga planer på att ge er sämre villkor än tidigare. Fråga inte oss varför vi lagt ett så lågt bud. Fråga i stället er tidigare arbetsgivare, hur de kunnat lägga ett så högt.»

Tiden gav den nya entreprenören rätt. Efter något år var den allmänna meningen på stationerna att den förra arbetsgivaren hade varit okej, men att den nya var bättre. Tilläggas kan att den nya entreprenören vid tillfället var Sveriges enda ISO-certifierade ambulansentreprenör.

Kvaliteten på ambulanssjukvården var hög – och stigande – under denna dynamiska period, samtidigt som kostnaderna var lägre än vad som varit fallet om tjänsterna inte hade upphandlats. Klagomål från patienter och mottagande vårdinrättningar var mycket få. Deras fascinerade kommentarer om vad besättningsarna numera åstadkom var desto fler.

En helt annan aspekt är att lien gick i östgötalandstingets personalled under de magra åren på 1990-talet. Folk som kunde ha jobbat på löpande vikariat i decennier (bara det ett exempel på usel personalhantering!) blev uppsagda. Att de flesta ändå blev kvar – på fortsatta springvikariat – skärper kritiken ytterligare.

Inom ambulanssjukvården i Östergötland drogs inte en enda tjänst in, eftersom verksamhetens omfattning och ersättning reglerades i ett juridiskt bindande avtal mellan två parter. Den paradoxala slutsatsen är alltså att ambul-

anspersonalen – trots upprepade upphandlingar och ett par byten av arbetsgivare – hade tryggare anställningsförhållanden än landstingets egen personal!

En tredje aspekt är att socialdemokraterna med stödpartier återtog majoriteten i landstinget 1995 och förlorade den först 2006. Socialdemokraterna hade varit öppet kritiska under sin tid i opposition – och tillträdde ironiskt nog makten, samtidigt som resultatet av den första upphandlingen verkställdes – men ställde efter återkomsten till makten inga som helst hinder för fortsatta upphandlingar. Diskussionen om att därefter lägga ned entreprenadsystemet har varit obefintlig.

Naturligtvis är upphandling av ett helt – eller flera – sjukhus, verksamhet avsevärt mer komplicerad än att köpa upp ambulanssjukvård. Kraven på upphandlarnas kompetens är därför mycket hårda – och det är sannolikt att en och annan miss ändå görs. Detta får dock

aldrig avleda uppmärksamheten från att dagens sjukvårdsorganisation fungerar dåligt, samtidigt som ansvar är oerhört svårt att utkräva på alla nivåer – utom vad gäller medicinskt ansvar! Att vårdpersonal stundtals får skulden för fel, vars orsaker är uppenbara organisationsbrister, är en bister realitet.

Dagens offentliga sjukvård har haft mer än ett halvsekel på sig att – utan konkurrens – åstadkomma vad alla vill ha: en långsiktigt planerad, rimligt lättillgänglig vård av hög kvalitet, med goda, stabila arbetsförhållanden för alla personalkategorier, anständiga löner och goda möjligheter till såväl vidareutveckling som vidareutbildning.

Vad vi fått är bristande tillgänglighet, låga löner och arbetsvillkor som knappast skulle godtas i den privata sektorn. Vidareutbildningsvillkoren för framför allt sjuksköterskor – för att inte tala om lönepåslaget efter genomgången vidareutbildning – har länge varit ett dåligt skämt, vilket åstadkommit en nationell brist på kvalificerad personal. Det problemet kommer dessutom sannolikt att förvärras avsevärt på grund av stora pensionsavgångar.

Samtidigt har återkommande politiska och/eller administrativa modenycker ryckt sönder åtskilligt av det arbete som faktiskt skulle kunna ha utförts ifall organisationerna lämnats i fred.

Tvärtom vad Eric Bertholds vill påskina är jag inte primärt förespråkare för vinstdrivande vårdssystem. Däremot är jag motståndare till det ineffektiva resurs-slöseri som sedan decennier präglar den offentliga svenska sjukvården. Dessa brister går att åtgärda. I det arbetet kan inträffa att man samtidigt genererar kostnadsreduktion och vinst åt en entreprenör. Vad är i så fall problemet?

Bror Gårdelöf
anestesiöverläkare, Linköping
Bror.Gardelov@lio.se

Foto: IBL