



LUNDS UNIVERSITET  
Lunds Tekniska Högskola

# Hållbara scenarier och affärsmodeller för specialistkliniker i Sverige

---

*folksjukdomen artros i Stockholms läns landsting som exempel -*

**Författare:** Amanda Berninger | Viktor Karlsson

**Examinator:** Carl-Johan Asplund

Lunds Tekniska Högskola

Lunds Universitet

Sverige

**Datum:** Mars 2012



## Förord

---

Detta är ett examensarbete skrivet vid Lunds Tekniska Högskola (LTH) inom civilingenjörsprogrammet Industriell ekonomi med inriktningen Affär och Innovation på avdelningen för Produktionsekonomi.

Först och främst vill vi tacka vår handledare Carl-Johan Asplund på Produktionsekonomi vid LTH för ovärderlig vägledning, engagemang och inspiration. Ett stort tack även till alla intervjurespondenter som tagit sig tid att träffa oss, ställa upp på våra intervjuer och bidragit med värdefull information och motivation att forska vidare.

Stockholm, mars 2012

---

Amanda Berninger

---

Viktor Karlsson

# Abstract

---

**Title:** Sustainable scenarios and business models for specialty clinics in Sweden - with the endemic disease osteoarthritis in the Stockholm County Council as an example

**Authors:** Amanda Berninger and Viktor Karlsson

**Supervisor:** Carl-Johan Asplundh. *Division of Production economy, Faculty of Engineering, Lund University.*

**Background:** Ten per cent of the population in the western world suffer from osteoarthritis – a widespread endemic disease that is estimated to cost the Swedish society equivalent to two per cent of the Swedish GNP annually, corresponding to over 50 billion SEK in 2009 in treatments and lost productivity. With an increasing aging population the incidence of osteoarthritis is expected to be further enhanced.

In the United States and many European countries it is common that patients with osteoarthritis are treated at specialty clinics. In Sweden there is no equivalent today but changing politics allow for more freedom to establish private specialty clinics. This thesis is therefore designed to investigate whether the establishment of a specialist clinic treating osteoarthritis patients is a possible solution to decrease the societal costs and treat all the osteoarthritis patients who currently does not get the treatment they need.

**Purpose:** This master thesis aim to develop a sustainable business model for specialty clinics niched to treat patients suffering from osteoarthritis in the Stockholm County Council. Objectives include understanding the market for specialty clinics in Sweden and available treatment methods for osteoarthritis today, as well as identifying best practices at foreign clinics that could be exported to possible Swedish equivalents.

**Theoretical framework:** The problem discussions have initiated from Matheson and Matheson's Appropriate Frame in order to find the most suitable approach whilst staying focused on the thesis purpose. Collected data has been analysed by using PESTEL-analysis and Porter's Five Forces Framework. Finally, Oster alder's Business Model Canvas and the Four Actions Framework, originated from Blue Ocean Strategy, have been applied in a scenario analysis with the intention to create and visualize potential sustainable business models for this field.

**Methodology:** Essentially, experts within different fields have been interviewed. Collected data from expert interviews have been complemented by literature studies, quantitative surveys and case studies in order to highlight select problem areas of concern for further analysis.

**Conclusion:** The privatization of the Swedish health care sector is intensifying and the number of specialty clinics is increasing. The county with the largest number of specialty clinics in Sweden is the Stockholm County Council. The health care areas with the largest number of specialty clinics are highly correlated to health care areas within which the compensation systems are customized and approving of new establishments. However, the autonomy of the Swedish counties has led to great distinctions between the different regions.

*Health Care Choice* (sv. Vårdval) for hip and knee replacement surgeries in the Stockholm County Council has led to low margins and signs of consolidation within the market for specialty clinics in orthopaedics. A possible new entrant on the market must therefor find a new demand and new customer segments, for example by reaching out to patients with early osteoarthritis symptoms that currently do not sense that they receive appropriate care.

A future sustainable business model for treatment of osteoarthritis has to be modified to fit existing government reimbursement models in order to provide care to all customer segments, not only to insured and privately paying patients which are very small segment. A sufficiently large number of patients are needed to compensate for the low prices and lowered profit margins that characterize the industry. To gain profit requires focus on relationship based networking with remittent, patient associations, politicians and insurance companies among others. Aligning with a larger health care player to get access to preferable public compensation, internal synergies, gain legitimacy and to be able to meet the administrative requirements is therefor an attractive doable alternative to an establishment on its own.

**Key words:** health care, specialty clinics, health care choice, business model, arthritis, and osteoarthritis

# Sammanfattning

---

- Titel:** Hållbara scenarier och affärsmodeller för specialistkliniker i Sverige – folksjukdomen artros i Stockholms läns landsting som exempel
- Författare:** Amanda Berninger, Viktor Karlsson
- Handledare:** Carl-Johan Asplund. *Institutionen för produktionsekonomi, Lunds Tekniska Högskola.*
- Bakgrund:** 10 procent av befolkningen i västvärlden lider av artros – en folksjukdom som uppskattas kosta det svenska samhället motsvarande 2 procent av BNP varje år, det vill säga över 50 miljarder SEK år 2009, i behandling och produktionsbortfall. Med en allt åldrande befolkning förväntas incidensen att tillta ytterligare.
- I USA och många europeiska länder finns specialistkliniker där artrospatienter behandlas. I Sverige finns inte någon motsvarighet men med en politik som tillåter friare etablering av specialistkliniker och en stor andel artrospatienter som idag inte får den vård de efterfrågar är detta examensarbete tänkt att undersöka huruvida etablering av specialistklinik inom artros skulle kunna vara en potentiell lösning för att behandla alla de artrospatienter som idag inte får den behandling de behöver.
- Syfte:** Examensarbetet syftar till att ta fram en hållbar affärsmodell för nischade specialistkliniker inom det specifika sjukdomsområdet artros i Stockholms läns landsting. Delsyften är att förstå marknaden för specialistkliniker i Sverige, vilka behandlingar som finns för artros idag och att identifiera best practices hos utländska kliniker som skulle kunna exporteras till svenska motsvarigheter.
- Teoretisk referensram:** Problemdiskussionerna har utgått ifrån Matheson och Mathesons Appropriate Frame för att hitta rätt angreppssätt och behålla fokus på examensarbetets syfte. Insamlad data har analyserats med hjälp av PESTEL-analys och Porters ramverk Five Porters. Avslutningsvis har Osterwalders Business Model Canvas och The Four Actions Framework hämtad ur Blue Ocean Strategy applicerats i en scenarioanalys som visualiserar hur potentiella hållbara affärsmodeller inom vårdområdet skulle kunna utformas.
- Arbetsmetod:** I huvudsak har experter inom olika områden intervjuats. Expertintervjuerna har kompletterats med litteraturstudier,

kvantitativa undersökningar och case för att tydliggöra utvalda problemområden.

**Slutsatser:**

Privatisering av den svenska hälso- och sjukvården blir allt vanligare och antalet specialistkliniker i Sverige ökar. Det landsting som har flest antal specialistkliniker per invånare är Stockholms läns landsting. De vårdområden som är populära att etablera specialistkliniker inom är starkt korrelerade till de vårdområden där ersättningssystemen är anpassade och fri etablering råder. Dock har vartdera landstinget i Sverige självbestämmanderätt över utformningen av regionens hälso- och sjukvårdssystem vilket har lett till stora skillnader mellan de olika landstingen.

Marknaden för nischade specialistkliniker inom ortopedi är fokuserad primärt mot patienter med långt gången artros. Förutsättningarna bestäms av vårdvalet för höft- och knäprotesoperationer i Stockholms läns landsting och karakteriseras av låga marginaler, låg tillväxt samt tendenser till konsolidering. Författarna avser därför att en nyetablering inom industrin måste ske genom att identifiera en helt ny efterfrågan; exempelvis genom att nå ut till de artrospatienter som i dagsläget inte upplever att de erhåller tillfredsställande behandling.

En framtida hållbar affärsmodell för behandling av artros måste anpassas efter rådande offentliga ersättningsmodeller för att kunna erbjuda vård till alla patienter, inte bara de försäkrade och privat betalande patienterna som i Sverige utgör relativt små kundsegment. En tillräckligt stor mängd patienter behövs för att kunna kompensera för pressade priser och låga vinstmarginaler i branschen. För att uppnå detta krävs fokus på relationsbaserat nätverkande med exempelvis remittenter, patientföreningar, regerande politiker, försäkringsbolag med flera. Även att alliera sig med en större vårdkoncern för att få tillgång till eftertraktad offentlig ersättning, interna synergieffekter, vinna legitimitet och klara av de administrativa kraven i samband med etablering är ett aktuellt alternativ till att etablera en specialistklinik i helt egen regi.

**Nyckelord:**

hälso- och sjukvård, specialistkliniker, vårdval, artros, affärsmodell

## Definitioner av begrepp

---

**Primärvård:** Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.<sup>1</sup>

Till primärvården kan räknas allmänläkarvård, sjuksköterskeverksamhet samt sjukgymnastik och arbetsterapi.<sup>2</sup>

**Specialiserad vård:** Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än som kan erbjudas i primärvården. Specialiserad vård delas in i somatisk vård som rör kroppen respektive psykiatrisk vård.<sup>3</sup>

Specialiserad vård har sin grund i insatser av läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin.<sup>4</sup>

**Poliklinisk vård:** Kallas även öppen vård eller dagvård och innefattar vård som inte kräver att patienten läggs in, det vill säga motsats till slutenvård.

**Specialistklinik:** Vedertagen definition för specialistkliniker saknas. Författarna väljer att definiera begreppet som en klinik som bedriver specialiserad somatisk vård inom ett specifikt sjukdomsområde, exempelvis artros, diabetes eller andra kroniska sjukdomar vars behandling inte är så pass avancerade eller akuta att de behöver ett sjukhus infrastruktur.

**Reumatiska sjukdomar:** En samling sjukdomar som i huvudsak drabbar rörelseapparaten; leder, muskler och skelett. Sjukdomarna osteoartros och reumatoid artrit ingår i denna samling sjukdomar.<sup>5</sup>

**Osteoartrit:** *Eng. osteoarthritis.* Sjukdom som även kallas artros och innebär broskförslitningar i brosk som skiljer benets ledytter åt. Artros kan uppkomma kring alla kroppens leder, men vanligast är artros i knä, höft, händer eller ryggrad.<sup>6</sup>

**Reumatoid artrit:** *Eng. Rheumatoid arthritis.* Sjukdom som även kallas ledgångsreumatism och innebär inflammation i lederna.

---

<sup>1</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2010, s.20.

<sup>2</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2010, s.20.

<sup>3</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2010, s.28.

<sup>4</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2010, s.196.

<sup>5</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

<sup>6</sup> National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases, 2010.

Ledgångsreumatism är den mest kända inflammatoriska sjukdomen.<sup>7</sup>

**Ortopedi:** Specialiteten ortopedi är en kirurgisk specialitet som omfattar fördjupade kunskaper och färdigheter som rör skador i rörelseorganen. Behandlingsmetoderna inkluderar kirurgiska, farmakologiska och rehabiliterativa åtgärder.<sup>8</sup>

**Reumatologi:** Specialiteten reumatologi är en medicinsk specialitet som omfattar kunskaper och färdigheter som rör rörelseorganens medicinska sjukdomar samt systematiska inflammatoriska och autoimmuna sjukdomar hos vuxna. Specialiteten behandlar i huvudsak de inflammatoriska sjukdomarna i och utanför lederna. Behandling innefattar smärtlindring som ofta kombineras med fysikalisk träning.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

<sup>8</sup> Svensk Ortopedisk Förening, 2009.

<sup>9</sup> Svensk Reumatologisk Förening, 2010.



# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Definitioner av begrepp</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Bakgrund</b> .....	<b>14</b>
1.1.1 Förändringar i vårdsystemet .....	14
1.1.2 Aktuella debatter i media .....	14
1.1.3 Åldrande befolkning och förändrad sjukdomsbild .....	15
<b>1.2 Problemdiskussion</b> .....	<b>15</b>
1.2.1 Privata specialistkliniker i Sverige .....	15
1.2.2 Specialiserade artroskliniker i världen.....	16
1.2.3 Uppstart av artrosklinik i Stockholm.....	16
<b>1.3 Syfte</b> .....	<b>17</b>
<b>1.4 Målgrupper</b> .....	<b>17</b>
<b>1.5 Avgränsningar</b> .....	<b>18</b>
<b>1.6 Disposition</b> .....	<b>18</b>
1.6.1 Inledande kapitel .....	18
1.6.2 Resultatdel med tillhörande case .....	19
1.6.3 Analyser och slutsatser.....	19
1.6.4 Avslutande kapitel.....	19
<b>2. Metod</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1 Teoretisk referensram</b> .....	<b>20</b>
2.1.1 Decision Quality Chain – Appropriate Frame.....	20
2.1.2 PESTEL-analys .....	20
2.1.3 Porters Five Forces .....	21
2.1.4 Business Model Canvas.....	22
2.1.5 Blue Ocean Strategy – The Four Actions Framework.....	23
2.1.6 Scenarioanalys .....	24
2.1.7 Den teoretiska referensramens applikation.....	26
<b>2.2 Arbetsmetod</b> .....	<b>26</b>
2.2.1 Primär- och sekundärdata .....	27
2.2.2 Kvantitativ och kvalitativ data.....	27
2.2.3 Expertintervjuer .....	27
2.2.4 Litteraturstudier .....	28
2.2.5 Kvantitativa analyser .....	28
2.2.6 Case.....	29
<b>2.3 Kvalitet</b> .....	<b>29</b>
2.3.1 Reliabilitet.....	29
2.3.2 Validitet.....	30
2.3.3 Källkritik.....	30
<b>3. Det svenska vårdsystemet</b> .....	<b>32</b>

<b>3.1 Hälso- och sjukvårdens organisation .....</b>	<b>32</b>
3.1.1 Indelning av vården i olika vårdområden .....	32
3.1.2 Vårdens viktigaste aktörer och deras rollfördelning.....	32
3.1.3 Ersättningsystemet .....	33
<b>3.2 Vårdreformer öppnar upp för fri etablering .....</b>	<b>34</b>
3.2.1 Införande av obligatoriskt vårdval inom primärvården.....	34
3.2.2 Vårdval inom specialistvård.....	35
<b>Case 1: Drivkrafter och barriärer inom nischade specialistområden i praktiken .....</b>	<b>38</b>
<b>Stockholms läns landsting och införandet av ett vårdval inom ortopedi som exempel .....</b>	<b>38</b>
Auktorisering enligt Regelboken.....	38
<b>Vårdval höft- och knäprotosoperationer .....</b>	<b>39</b>
Bakgrundsfaktorer .....	39
I praktiken i Stockholm .....	40
Utfallet .....	41
<b>4. Privata specialistkliniker i Sverige.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 De stora koncernerna dominerar .....</b>	<b>43</b>
4.1.1 Ägarstrukturer .....	43
4.1.2 Bolagsformer .....	44
4.1.3 Marknadskonsolidering .....	46
<b>4.2 Populära specialistområden.....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 Geografisk placering.....</b>	<b>46</b>
4.3.1 Fem utvalda landsting.....	46
4.3.2 Populära specialistområden i de fem utvalda landstingen.....	48
<b>4.4 Förutsättningarna för privata specialistkliniker i Sverige.....</b>	<b>49</b>
<b>Case 2: Medias påverkan på vårdprivatiseringen i Sverige.....</b>	<b>50</b>
<b>Den aktuella debatten kring riskkapitalägda Carema och dess kvalitetsbrister i äldreomsorgen som exempel .....</b>	<b>50</b>
Den svenska debatten tar fart.....	50
Riskkapital inom vården .....	50
Effekterna av det mediala inflytandet i Sverige .....	51
<b>5. Om artros .....</b>	<b>52</b>
<b>5.1 En kostsam rörelseorganssjukdom.....</b>	<b>52</b>
<b>5.2 Definition av artros.....</b>	<b>52</b>
5.2.1 Sjukdomsförloppet.....	53
5.2.2 Fokus på knäartros.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>5.3 Vem får artros? .....</b>	<b>54</b>
5.3.1 Den obehandlade massan med tidig artros.....	55
<b>5.4 Behandling .....</b>	<b>56</b>
5.4.1 Diagnostisering.....	56
5.4.2 Icke-kirurgisk behandling .....	57
5.4.4 Kirurgisk behandling.....	59
5.4.5 Kvalitetsregister i Sverige .....	62
<b>5.5 Innovationer och nya behandlingsmetoder.....</b>	<b>63</b>

5.5.1 Disruptive innovations i hälso- och sjukvårdsbranschen.....	63
5.5.2 Episurf – individanpassade implantat.....	64
5.5.3 Arthrosurface – individanpassade implantat.....	64
5.5.4 Smith&Nephew – cylindrisk plugg som reparerar broskskador .....	64
5.5.5 TiGenix – individanpassad biologisk behandling .....	65
<b>5.6 Stora avstånd mellan aktörerna på marknaden .....</b>	<b>65</b>
<b>6. Specialistkliniker inom ortopedi .....</b>	<b>67</b>
<b>6.1 Presentation av klinikerna och deras erbjudande.....</b>	<b>67</b>
6.1.1 Ortopediska Huset.....	68
6.1.2 Ortho Center Stockholm.....	68
6.1.3 Ortopedmottagningen på Sabbatsbergs sjukhus.....	68
6.1.4 Ortopedkliniken på S:t Görans sjukhus .....	68
6.1.5 Artro Clinic.....	69
<b>6.2 Kunder .....</b>	<b>69</b>
<b>6.3 Kompetenser i teamet.....</b>	<b>70</b>
<b>6.4 Samarbeten .....</b>	<b>71</b>
6.4.1 Remittenter .....	71
6.4.2 Försäkringsbolag.....	72
6.4.3 Andra landsting .....	72
6.4.4 Akutsjukhus.....	73
6.4.5 Internt samarbete .....	73
<b>6.5 Forskning och utbildning.....</b>	<b>74</b>
6.5.1 Forskning hos de privata aktörerna.....	74
6.5.2 Utbildning av vårdpersonal .....	75
<b>6.6 Intäktsströmmar och kostnadsstrukturer .....</b>	<b>75</b>
<b>Case 3: Behandling av artros i andra länder .....</b>	<b>76</b>
<b>Arthritis Centers i USA som exempel .....</b>	<b>76</b>
Artros som reumatisk sjukdom – ett annat perspektiv .....	76
Vanligare med specialistvård i USA.....	76
Alternativmedicin som icke-kirurgisk behandling .....	78
<b>Fundamentala skillnader mellan Sverige och andra länder .....</b>	<b>79</b>
<b>7. Affärsanalys .....</b>	<b>81</b>
<b>7.1 Omgivningens påverkande krafter .....</b>	<b>81</b>
7.1.1 Politiska krafter .....	82
7.1.2 Ekonomiska krafter.....	82
7.1.3 Sociala krafter.....	82
7.1.4 Teknologiska krafter .....	83
7.1.5 Legala krafter.....	83
7.1.6 Slutsatser kring omgivningens påverkande krafter .....	84
<b>7.2 Branschens konkurrenssituation och attraktivitet .....</b>	<b>84</b>
7.2.1 Inträdesbarriärer .....	85
7.2.2 Leverantörernas förhandlingsstyrka.....	86
7.2.3 Köparnas förhandlingsstyrka .....	86
7.2.4 Hot från substitut.....	87
7.2.5 Konkurrenskraft och rivalitet.....	87
<b>8.1 Utvalda parametrar för analys av scenarierna .....</b>	<b>89</b>

8.1.1 Förbyggande vård.....	89
8.1.2 Nya innovationer och behandlingsmetoder .....	89
8.1.3 Individanpassade behandlingar .....	89
8.1.4 Den svenska politiken och landstingens ersättningsmodell.....	90
<b>8.2 Två identifierade scenarier.....</b>	<b>90</b>
8.2.1 Två faser – Tänk stort, börja smått, agera nu!.....	90
8.2.2 Kombination av olika teoretiska modeller.....	91
<b>8.3 Scenario 1: PRIMA .....</b>	<b>93</b>
8.3.1 PRIMAs två faser .....	93
8.3.2 PRIMAs affärsmodell.....	94
8.3.3 Räkne-exempel: PRIMA går med vinst.....	102
8.3.4 Förändringar i uppskalningsfasen.....	102
<b>8.4 Scenario 2: REUCA .....</b>	<b>103</b>
8.4.1 REUCAs två faser.....	103
8.4.2 REUCAs affärsmodell.....	103
8.4.3 REUCA jämfört med Arthritis Centers i USA.....	105
8.4.4 Förändringar i uppskalningsfasen.....	107
<b>9. Jämförande analys av scenarierna.....</b>	<b>108</b>
<b>9.1 Riskanalys utifrån scenariernas största utmaningar .....</b>	<b>108</b>
9.1.1 Offentlig ersättning dominerar .....	108
9.1.2 Tillräcklig mängd patienter .....	109
9.1.3 Samarbete över professionsgränser .....	110
9.1.4 Kostnadsreduceringar genom disruptive innovations.....	111
9.1.5 Minska avstånden mellan aktörer för att premiera forskningsframsteg .....	111
9.1.6 I egen regi eller ingå i stor vårdkoncern? .....	112
<b>9.2 Avslutande utvärdering utifrån samhällets drivkrafter .....</b>	<b>112</b>
9.2.1 Framtidens behandlingsmetoder.....	113
9.2.2 Framtidens stora osäkerhetsfaktor.....	114
<b>10. Kunskapsbidrag och rekommendationer till framtida studier .....</b>	<b>115</b>
<b>10.1 Kunskapsbidrag till akademien .....</b>	<b>115</b>
10.1.1 En annorlunda bransch.....	115
10.1.2 Kombinering av teoretiska modeller .....	115
10.1.3 Behovet av hälsoekonomisk insikt.....	115
<b>10.2 Kunskapsbidrag till industrin .....</b>	<b>116</b>
10.2.1 Privatisering av svensk hälso- och sjukvård.....	116
10.2.2 Fenomenet specialistkliniker i Sverige och dess förutsättningar .....	117
10.2.3 Behandling av artros i Sverige .....	117
10.2.4 Förutsättningar för en specialistklinik som behandlar artrospatienter .....	118
10.2.5 Hållbar affärsmodell för artrosklinik i Stockholms läns landsting.....	118
<b>10.3 Rekommendationer till framtida studier.....</b>	<b>119</b>
10.3.1 Service awareness: allmänhetens medvetenhet och insikt .....	119
10.3.2 Skillnader mellan förutsättningar i de olika landstingen .....	119
10.3.3 Djupare internationell analys av fenomenet specialistkliniker .....	120
10.3.4 Internationalisering .....	120
10.3.5 Forskningsincitament som följd av de politiska förändringarna .....	120
<b>Källförteckning.....</b>	<b>121</b>

<b>Primära källor</b> .....	<b>121</b>
Muntliga intervjuer .....	121
Skriftliga intervjuer .....	121
Seminarium .....	122
<b>Sekundära källor</b> .....	<b>122</b>
Böcker .....	122
Artiklar .....	122
Offentliga myndigheter .....	126
Hemsidor .....	129
<b>Bilagor</b> .....	<b>132</b>
<b>Bilaga 1. Intervjurespondenter</b> .....	<b>132</b>
<b>Bilaga 2: Intervjuguider Expertintervjuer</b> .....	<b>133</b>
2a. Intervjuguide: Ledande befattningshavare inom privat vård .....	133
2b. Vårdpersonal .....	134
2c. Branschorganisationer .....	135
2d. Politiker .....	136
<b>Bilaga 3. Enkätfrågor Ortopediska kliniker i Stockholms läns landsting</b> .....	<b>138</b>
<b>Bilaga 4. Mailfrågor till utländska kliniker</b> .....	<b>140</b>
<b>Bilaga 5. Väntetider i vården</b> .....	<b>141</b>
<b>Bilaga 6. Populära vårdområden hos Sveriges största vårdkoncerner</b> .....	<b>142</b>

# 1. Inledning

---

*Detta inledande kapitel skapar en förståelse för bakgrunden till examensarbetet och förklarar arbetets syfte, mål och avgränsningar. Kapitlet tydliggör även examensarbetets disposition för att underlätta fortsatt läsning.*

---

## 1.1 Bakgrund

Sveriges hälso- och sjukvårdssektor står inför stora utmaningar. Dessa avser omfattande förändringar i landstingens vårdssystem, eskalerande diskussioner i media kring hur vården bör bedrivas i Sverige och en åldrande befolkning som påverkar efterfrågan på vården.

### 1.1.1 Förändringar i vårdsystemet

I slutet på år 1999 köptes ett sjukhus i Sverige för första gången upp av en privat aktör då Landstingshuset AB sålde S:t Görans sjukhus i Stockholm till Bure Hälsa och Sjukvård AB (nuvarande Capio).<sup>10</sup> Sedan uppköpet av S:t Görans sjukhus har allt fler privata vårdgivare välkomnats in på vårdmarknaden och den 1 januari år 2010 införde Sveriges alla 21 landsting valfrihetssystem inom primärvården, så kallat *Vårdval*. Detta innebär att vilken aktör som helst som uppfyller de kriterier som fastställts för auktorisering kan öppna en primärvårdsklinik i Sverige. Flera landsting har efter införandet av vårdval inom primärvården valt att introducera valfrihet även inom utvalda specialiserade vårdområden och därmed göra det möjligt att sätta upp specialistkliniker i privat regi.<sup>11</sup>

Drivkrafterna bakom förändringarna i styrningen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är starkt kopplade till det politiska klimatet och partiernas dominans i riket, landstingen och kommunerna. Under 1990-talet fick den offentligt ägda vården stark kritik för sin brist på valfrihet och frånvarande konkurrens. Förändringen från socialdemokratisk ideologi till en mer marknadsorienterad nyliberal ideologi innebar stora omställningar inom vården då den började utvecklas från kollektiva lösningar till att bli allt mer individorienterad.<sup>12,13</sup>

### 1.1.2 Aktuella debatter i media

Samtidigt som det politiska systemet öppnar upp för fri etablering inom många specialistområden ökar debatten kring det svenska vårdssystemet om huruvida det är lämpligt att överlåta vårdverksamhet till privata företag. Media belyser i skrivande stund problemet med privata aktörers vinstintresse och ägarstrukturer i form av riskkapitalbolag som påstås kunna bidra till felprioriteringar och kvalitetsbrister i vården.<sup>14</sup> Än mer komplexa blir diskussionerna då beslut kring vårdval inom specialistvård tas av respektive landsting och det inte existerar något enhetligt system som gäller för hela landet.

---

<sup>10</sup> Capio S:t Görans sjukhus, 2011.

<sup>11</sup> Vårdföretagarna Almega, 2011.

<sup>12</sup> Dahlgren, 2010.

<sup>13</sup> Anell, 2011.

<sup>14</sup> Gustavsson, 2011.

### 1.1.3 Åldrande befolkning och förändrad sjukdomsbild

Befolkningen i Sverige blir allt äldre. År 2020 beräknas 21 procent av Sveriges befolkning vara över 65 år, jämfört med 17 procent år 2002 och endast 10 procent år 1950. Åldrande befolkning och hög medellivslängd är en genomgående trend bland många europeiska länder.<sup>15</sup> I Sverige medför detta ett minskat skatteunderlag samtidigt som kostnaderna för vård och omsorg ökar med det växande behovet.<sup>16</sup> Då befolkningen åldras förändras även sjukdomsbilden.<sup>17</sup> Ett av de sjukdomstillstånd som blir allt vanligare på grund av denna tendens är den kroniska ledsjukdomen artros som bryter ned brosket i en eller flera leder. Risken att få artros ökar med stigande ålder och är i dagsläget den vanligaste orsaken till funktionsnedsättningen hos äldre människor. Artros är även den vanligaste reumatiska sjukdomen. Idag lider nästan en miljon svenskar av artros och det finns inget botemedel.<sup>18,19</sup>

---

Vårdsystemets omstruktureringar för att underlätta etablering av specialistkliniker tillsammans med det faktum att sättet att bedriva vård på i Sverige är ett hett debattämne och att sjukdomsbilden förändras gör denna rapportens ämne ytterst aktuellt och spännande att utforska vidare.

## 1.2 Problemdiskussion

Författarna har valt att angripa fenomenet specialistkliniker ur tre olika perspektiv inom vilka förutsättningar för hållbara affärsmodeller kommer att diskuteras. De tre perspektiven omfattas av affärsmodeller för existerande specialistkliniker i Sverige, specialistkliniker inom det specifika sjukdomsområdet artros i världen samt hur en hållbar affärsmodell för en specialistklinik för artrospatienter skulle kunna utformas i Stockholms län idag.

### 1.2.1 Privata specialistkliniker i Sverige

I denna första del söker författarna kartlägga de svenska privata aktörer som bedriver specialistkliniker idag för att besvara frågor kring förutsättningarna på denna marknad och viktiga aspekter för val av affärsmodell, exempelvis:

- Fenomenet specialistkliniker
  - Vilka är drivkrafterna bakom fenomenet?
  - Vilka hinder och barriärer finns?
  - Vilka är de viktigaste tendenserna inom området?
- Aktörerna
  - Vilka är de största svenska aktörerna på marknaden?
  - Vilka är deras kännetecken?
  - Vilka sjukdomsområden finns representerade på specialistklinikerna?
- Affärsmodellen för respektive aktör
  - Hur är erbjudandet utformat?

---

<sup>15</sup> Klintefelt, 2000, s.13, s.17.

<sup>16</sup> Norrbottens läns landsting, 2011.

<sup>17</sup> Norrbottens läns landsting, 2011.

<sup>18</sup> Reumatikerförbundet, 2011.

<sup>19</sup> BOA, 2011.

- Vilka är de viktigaste intäktskällorna och kostnaderna?
- Vilka samarbeten finns och behövs för etablering av specialistklinik?
- Vilka är kunderna, hur är de segmenterade och vilka är deras drivkrafter?
- Vilka aktiviteter och resurser är nödvändiga för uppstart?
- Skiljer sig affärsmodellen för olika typer av specialistkliniker och aktörer? I så fall hur?

### 1.2.2 Specialiserade artroskliniker i världen

För att närmare undersöka hur en specialistklinik inom sjukdomsområdet artros skulle kunna utformas vänds blicken mot utlandet och de specialiserade artroskliniker som finns idag. Författarna har framförallt valt att närmare studera trenderna för nischade specialistkliniker i USA, med motiveringen att specialistkliniker är ett utbrett fenomen i detta land jämfört med i Sverige. Till skillnad från exempelvis Tyskland och Japan, som även de hade varit intressanta att analysera närmare, finns information om hälsa- och sjukvårdssystemet i USA att tillgå på engelska. Dock kommer erhållen fakta om artrosklinikerna i USA att kompletteras med information om hur andra västerländska länder behandlar artrospatienter på specialistkliniker i den mån det finns möjlighet.

Frågeställningar som examensarbetet kommer att bearbeta kring specialistklinikerna i världen inkluderar:

- Fenomenet artroskliniker
  - Vilka är de externa drivkrafterna bakom uppstart?
  - Hur ser trenderna ut för specialistkliniker inom artros internationellt?
  - Vilka delar ur de utländska klinikernas affärsmodell skulle vara möjliga att exportera till kliniker i Sverige?
- Aktörer
  - Vilka huvudaktörer finns inom området i de länder som har valts att studeras?
  - Vad finns det för likheter och skillnader mellan dem?
- Affärsmodellen för respektive aktör
  - Hur är erbjudandet utformat?
  - Vilka är kunderna och hur når man ut till dem?

### 1.2.3 Uppstart av artrosklinik i Stockholm

Med utgångspunkt i kartläggningen av specialistkliniker i Sverige, som beskrivits i kapitel 1.2.1, kommer eventuella kliniker med inriktning mot sjukdomsområdet artros att identifieras. Utifrån dessa kommer författarna att svara på ett antal frågeställningar kring dagsläget och identifiera trender för att kunna urskilja framtidsutsikterna för utformning av en hållbar affärsmodell för en specialistklinik inom sjukdomsområdet artros.

- Dagsläget
  - Vilka olika typer av behandling av artros finns idag?
  - På vilka typer av vårdkliniker behandlas artrospatienterna idag?
  - Hur många är de potentiella kunderna och hur är de segmenterade?



- Affärsmodellens framtidsutsikter
  - Hur skulle erbjudandet kunna utformas?
  - Vilka är de viktigaste kostnaderna, initialt och de första åren?
  - Hur kan kliniken finansieras?
  - Hur bör ägandeskapet se ut?
  - Vilka är potentiella samarbetspartners och deras främsta drivkrafter?
  - Hur ser trenderna ut inom kundsegmenten?
  - Vilken är praktikfronten och viktiga forsknings- och utvecklingstrender inom behandling av sjukdomsområdet artros som bör tas hänsyn till?
  - Vilka är potentiella geografiska marknader?

### 1.3 Syfte

Författarna har avsett att identifiera de förutsättningar, möjligheter och hinder, som finns i Sverige för uppstart av en affärsmässig klinik, specifikt inriktad på sjukdomsområdet artros.

Huvudsyftet med detta examensarbete har varit att arbeta fram förslag till preliminära affärsmodeller som skulle kunna användas av enskilda nischade specialistkliniker i allmänhet och inom det specifika sjukdomsområdet artros i Stockholms län i synnerhet, samt att föreslå parametrar för att utvärdera och jämföra dessa föreslagna affärsmodeller.

Målet, att skapa en djup kunskap och föreslå preliminära, hållbara affärsmodeller för artroskliniker i Stockholm, har uppnåtts genom att kombinera de lärdomar som har kunnat dras om förutsättningarna för specialistvård i Sverige med information om hur artros kan behandlas och kunskap om hur affärsmodeller för artroskliniker kan se ut utomlands.

De huvudsakliga delsyftena under arbetets gång har varit:

- att förstå industrin kring specialistkliniker i Sverige
- att förstå fenomenet, dess mekanismer och drivkrafter,
- analysera *best practices* för nischade artroskliniker i världen med fokus på de länder som har identifierats som mest relevanta ur ett svenskt perspektiv,
- samt att svara på de frågeställningar som har presenterats i kapitel 1.2.

Informationsinsamling har kompletterats med noggrann utredning om vilka olika behandlingsmetoder som finns för artros idag och potentiella nya innovativa behandlingsmetoder i framtiden.

### 1.4 Målgrupper

Detta examensarbete har således en bred målgrupp och riktar sig till såväl akademien som industrin. Rapporten är skriven så att även personer som i dagsläget inte är insatta i Sveriges vårdssystem skall kunna tillgodose sig informationen.

Examensarbetet riktar sig till studenter och forskare inom akademien, som är intresserade av att veta mera om hur den svenska marknaden för privat specialistvård fungerar i dagsläget och förväntas att utvecklas de kommande åren. Tanken är även att

examensarbetet ska kunna ge uppslag till nya intressanta forskningsstudier inom området, exempelvis hälsoekonomiska studier.

Vidare vänder sig examensarbetet till intressenter på den svenska marknaden för privat specialistvård. Dessa utgörs av etablerade aktörer som idag är verksamma inom vården, landstingsägd eller privat, och är intresserade av marknaden för specialistkliniker i Sverige men även av helt nya aktörer som önskar etablera sig på marknaden och vill utöka sin förståelse kring hur de då bör utforma sin affärsmodell.

Till sist vänder sig examensarbetet till de personer som idag lider av folksjukdomen artros och är intresserade av att veta mer om framtidsutsikterna för behandling av denna idag obotliga sjukdom.

## 1.5 Avgränsningar

Författarna avgränsar sig inom området genom att i huvudsak analysera somatisk specialiserad vård som kan behandlas polikliniskt i Sverige, se Definitioner på sida 7.

Vid analys av affärsmodellerna hos de olika svenska specialistklinikerna kommer fokus att läggas på de privatägda klinikerna i Sverige då de offentliga vårdinstitutionernas regelverk och förutsättningar skiljer sig från de privata klinikernas.

Det specifika sjukdomsområdet begränsas till sjukdomen artros. Då artros är en bred sjukdom som kan drabba flera olika typer av leder har författarna valt att i detta examensarbete fokusera primärt på knäledsartros i vidare analys. Detta den vanligaste typen av artros, ungefär hälften av alla de som lider av artros får det i brosket kring knät. Varje år utförs 1,2 miljoner knäprotesoperationer i västvärlden vilket motsvarar två operationer per minut.<sup>20</sup>

För att ytterligare avgränsa arbetet kommer fokus i utformandet av en lönsam affärsmodell för specialistkliniker att inrikta sig på kliniker som är geografiskt belägna i Stockholms läns landsting då detta är ett landsting som ligger i framkant vad gäller privatisering av specialiserad vård.

Författarna väljer att avgränsa sin benchmarking av artroskliniker i världen till framförallt USA då informationen om dessa kliniker finns att tillgå på engelska vilket underlättar datainsamlingen. Då informationen, trots att den har varit lättförståelig, har varit mycket sparsmakad på hemsidor och via mailkontakt har författarna motvilligt tvingats att begränsa denna benchmarking.

## 1.6 Disposition

Detta stycke är tänkt för att ge läsaren en överskådligare blick över examensarbetets uppbyggnad, utöver innehållsförteckningen, för att lätt kunna hitta i arbetet.

### 1.6.1 Inledande kapitel

Examensarbetets första kapitel utgör denna inledning med bland annat presentation av rapportens bakgrund, syfte och mål. I kapitel 2 redogörs för de tillvägagångssätt och den

---

<sup>20</sup> Bake, 2011.

metodik som har använts med förklaringar till varför just dessa modeller och metoder har valts att användas i examensarbetet.

### 1.6.2 Resultatdel med tillhörande case

Kapitel 3 till 6 redogör för examensarbetets resultat. Kapitel 3 utgör en redogörelse för hur det svenska vårdssystemet fungerar och vilka drivkrafter och motkrafter som finns för etablering i branschen. Efter detta kapitel hittas Case 1 som tydliggör hur industrins påverkande krafter har influerat utvecklingen av specialiserad vård i Stockholms läns landsting.

Kapitel 4 går mer in i detalj kring hur specialistkliniker, framförallt de privata, bedrivs idag och hur deras affärsmodeller ser ut. Detta fjärde kapitel avslutas med Case 2 som beskriver den aktuella och eskalerande debatten i media kring privatdriven specialiserad vård och hur dessa diskussioner påverkar marknadens attraktion.

Kapitel 5 beskriver sjukdomen artros; dess förlopp, målgrupp och befintliga behandlingsmetoder samt behovet av innovationer inom sjukdomsområdet och eventuellt nya tekniska lösningar för behandling av artros.

Kapitel 6 diskuterar vidare hur artros behandlas på olika specialistkliniker i Stockholm läns landsting idag. Som avslutning på kapitel 5 och 6 hittas Case 3 som beskriver hur artrossjukdomen behandlas utomlands, framförallt på så kallade Arthritis Centers i USA.

### 1.6.3 Analyser och slutsatser

De fyra resultatorienterade kapitlen sammanfattas sedan i en affärsanalys i kapitel 7 som analyserar omgivningens influerande faktorer tillsammans med marknadens konkurrenssituation och attraktivitet som är viktiga faktorer att beakta vid utformning av en hållbar affärsmodell för specialistkliniker i Sverige.

Kapitel 8 redogör för två potentiella scenarier och förslag på hur en hållbar och lönsam affärsmodell för specialistkliniker inriktade mot att behandla artrospatienter i Stockholms läns landsting skulle kunna utformas och utvärderas. De två scenarierna analyseras utifrån av författarna valda parametrar som har identifierats som framtida samhälleliga drivkrafter inom detta vårdområde. Tillsammans med lämpliga affärsmodellsverktyg och *Blue Ocean* strategier har scenariernas affärsmodeller utformats med utgångspunkt i de behandlingsmetoder som finns för artros, hur befintliga kliniker arbetar inom vårdområdet i Stockholm idag och internationella *best practices* som har identifierats hos kliniker utomlands.

I kapitel 9 diskuteras och jämförs sedan de två scenarierna mot varandra i en riskanalys och utifrån de valda parametrarna.

### 1.6.4 Avslutande kapitel

Avslutningsvis redogör författarna i kapitel 10 för erhållit kunskapsbidrag till de olika målgrupperna; akademien och industrin, samt rekommendationer för framtida studier. Källor och bilagor hittas sist i examensarbetet.

## 2. Metod

---

*Metodkapitlet är indelat i två delkapitel; teoretisk referensram och arbetsmetod. Den teoretiska referensramen beskriver hur författarna uppfattar problemet, de synsätt som har valts för att studera fenomenet specialistkliniker samt vilka olika modeller som har legat till grund för att välja de bäst lämpade arbetsmetoderna. Arbetsmetoderna används för att på ett strukturerat sätt samla in den behövda informationen som sedan analyseras med hjälp av den teoretiska referensramen. Syftet med denna noggrant strukturerade metodbeskrivning är att läsaren vid intresse ska ha möjlighet att reproducera datainsamlingen utifrån anvisningarna i detta kapitel.*

---

### 2.1 Teoretisk referensram

Under arbetets gång har flera analysmodeller använts för att bearbeta den data som har samlats in. De modeller som i huvudsak har nyttjats redogörs för nedan.

#### 2.1.1 Decision Quality Chain – Appropriate Frame

I ett inledande skede har Matheson & Mathesons första länk, *Appropriate Frame*, i deras välkända modell som kallas *Decision Quality Chain* använts för att skapa den ram och det perspektiv genom vilket problemet bör närmast och arbetsmetoden utgå ifrån. För att kunna ta korrekta beslut, vilket i detta examensarbete innebär att på det mest korrekta sättet utforma en lönsam affärsmodell för specialistkliniker inom specifika sjukdomsområden, krävs att ramen, eller arbetsmetoden, är anpassad efter rätt värderingar och rätt antaganden. Den bäst lämpade ramen är skapad utifrån en korrekt bakgrund, omgivning och kontext som identifierats genom att besvara exempelvis följande frågor:<sup>21</sup>

- Har vi ställt rätt frågor?
- Har olika expertområden involverats och lyssnats till?

I detta examensarbete har denna teoretiska metod använts för att kunna välja de mest relevanta arbetsmetoderna och utforma dessa på rätt sätt, med förhoppningen att arbeta fram förslag på lämpliga, hållbara affärsmodeller för specialiserade kliniker inom sjukdomsområdet artros i Stockholms län.

#### 2.1.2 PESTEL-analys

Det teoretiska ramverket PESTEL är designat för att förse användaren med ett analytiskt verktyg som identifierar de drivkrafter i ett företags omgivning som kan påverka dess affärsstrategier samt bedömer hur olika faktorer i makromiljön påverkar affärsresultatet nu och i framtiden.

Ramverket är uppdelat i sex olika omgivande kategorier som anses vara de viktigaste att studera för att identifiera de influenser som påverkar industrin:<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Matheson et al., 2009.

<sup>22</sup> Johnson et al., 2008, s.55-56.

- **P**olitiska faktorer: exempelvis regeringsstabilitet, välfärdssystem, skatteregleringar.
- **E**konomiska faktorer: exempelvis disponibel inkomst hos kunder, räntor, inflation.
- **S**ociala faktorer: exempelvis åldrande befolkning, livsstilsförändringar, sociala klyftor.
- **T**eknologiska faktorer: exempelvis nya innovationer och upptäckter, teknologins hastighet.
- **E**nvironmental (miljömässiga) faktorer: exempelvis miljölagar.
- **L**egala faktorer: exempelvis hälso- och sjukvårdsregleringar, produktionsregleringar.

Med hjälp av PESTEL har författarna strukturerat de yttre faktorerna som påverkar vårdindustrin. Detta har gjorts med det huvudsakliga målet att identifiera drivkrafterna bakom förändringar i branschen samt hur innovationer skapas i vårdsektorn. Med dessa influenser i beaktning har sedan en konkurrenssituationsanalys utförts, och slutligen en lämplig affärsmodell gestaltats.

### 2.1.3 Porters Five Forces

Den teoretiska metod som har använts för att analysera industrin, dess konkurrenssituation och attraktivitet är Michael Porters modell *Five Forces*. Olika industrier har olika lönsamhetsnivåer, vilka delvis kan förklaras med hjälp av industrins struktur. Enligt Porter influeras industrin av fem krafter och hans modell kring dessa kan användas för att bättre förstå industrins struktur:

1. **Kundernas förhandlingskraft:** exempelvis information om kunderna, kundsegmentens storlek, varumärkesidentitet, priskänslighet.
2. **Leverantörernas förhandlingskraft:** exempelvis koncentration av leverantörer och deras betydelse.
3. **Hot från nya aktörer:** exempelvis kostnadsfördelar, patentskyddade lärkurvor, tillgänglighet till ny information och distribution, skalfördelar, politiska policys.
4. **Hot från substitut:** exempelvis omställningskostnader, prisskillnader.

Styrkan hos de fyra första krafterna mäts sedan för att uppskatta hur stor konkurrensen, den femte kraften, är inom branschen och hur den bör förstås och bemötas:<sup>23</sup>

5. **Konkurrenskraft:** exempelvis innebär låga krafter, barriärer och hot hos de fyra första faktorerna att antalet rivaler på marknaden kan öka och därmed även konkurrensen samtidigt som marknaden attraktivitet minskar.

I detta examensarbete har Five Forces, tillsammans med de identifierade makromiljöfaktorerna, se kapitel 2.1.2, använts för att skapa en bättre förståelse för hälso- och sjukvårdssektorn i Sverige och underlätta utformandet av en fungerande affärsmodell för specialistkliniker som är nischade mot specifika sjukdomsområden.

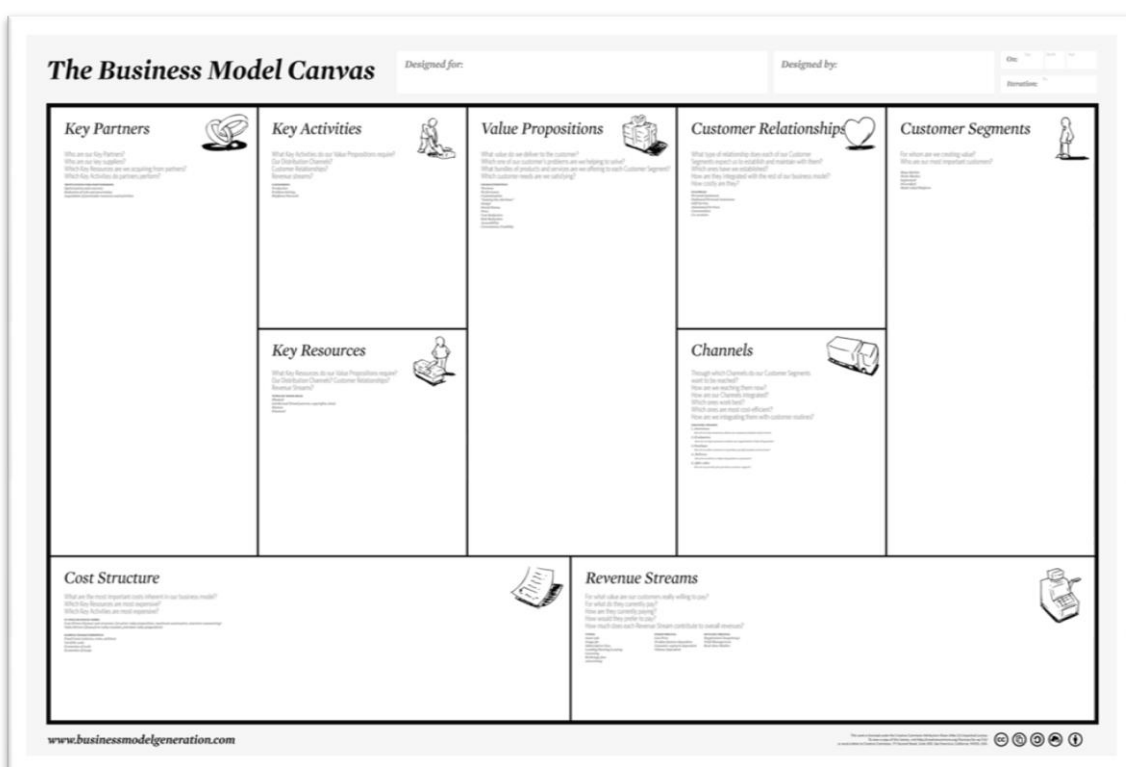
---

<sup>23</sup> Johnson et al., 2008, s.59-64.

## 2.1.4 Business Model Canvas

En bok som författarna tillsammans med handledare har identifierat som relevant för detta examensarbete är Osterwalders "The Business Model Generation" där modellen *Business Model Canvas* är mycket användbar vid utformande av en lönsam affärsmodell.

Business Model Canvas används för att beskriva, visualisera, adressera och förändra affärsmodeller. Affärsmodellen beskriver hur en organisation skapar, fångar och levererar värde. Osterwalder har valt att beskriva affärsmodellen utifrån nio byggstenar som visar hur företag tenderar att tjäna pengar, se Figur 1. De nio byggstenarna kan delas in i fyra affärsområden: kunder, erbjudande, infrastruktur och finansiell hållbarhet.<sup>24</sup>



Figur 1: Business Model Canvas

Verktøget Business Model Canvas påminner om en målarens palett med nio block som exempelvis tillåter användaren att måla bilder eller sätta in post-it-lappar i de olika blocken för att visualisera den affärsmodell som ska analyseras. De nio blocken representeras av:

1. **Kundsegment:** gruppen av människor eller organisationer som företaget som undersöks vill nå ut till och erbjuda en vara eller tjänst, det kan vara till exempel en massmarknad eller en nischad marknad, en segmenterad, diversifierad eller multi-plattformsmarknad.
2. **Värdet/Erbjudandet:** beskrivning av gruppen produkter eller tjänster som skapar värde för det specifika kundsegmentet; en nyhet, individanpassning, design, varumärke och status, pris, tillgänglighet, et cetera.

<sup>24</sup> Osterwalder, 2010, s.12-15.

3. **Kanaler:** kommunikationen mellan företaget vars affärsmodell undersöks samt hur dess kundsegment och kanalerna ut till dem bidrar till att värdet levereras.
4. **Kundrelationer:** typen av relationer som företaget etablerar med sitt specifika kundsegment, till exempel personlig assistans eller automation.
5. **Intäktsströmmar:** de intäkter som de olika kundsegmenten genererar; på vilka sätt kunderna är villiga att betala, för vad de betalar och hur de betalar idag.
6. **Nyckelresurser:** de viktigaste resurserna för att få en affärsmodell att fungera, till exempel fysiska, intellektuella, mänskliga och finansiella resurser.
7. **Nyckelaktiviteter:** de viktigaste aktiviteterna för att få affärsmodellen att fungera; produktion av något slag, problemlösning genom kontinuerligt lärande och kunskapshantering samt nätverkande.
8. **Nyckelsamarbeten:** nätverket av leverantörer, delägare och andra partners som får affärsmodellen att fungera och optimeras, reducera risk och osäkerhet, förvärv av resurser och aktiviteter, et cetera.
9. **Kostnadsstrukturer:** beskriver de kostnader som finns och driver affärsmodellen, exempelvis fasta och rörliga kostnader, stordriftsfördelar.

Efter att ha identifierat rätt ram genom vilken problemet ska ses igenom, viktiga makrofaktorer som påverkar besluten och marknadens konkurrenssituation är Business Model Canvas den primära metod som har använts i detta examensarbete. Denna teoretiska metod har använts för att utvärdera affärsmodeller i befintliga specialistklinikers både i Sverige och utomlands samt för att ta fram den lönsamma affärsmodell som är målet med detta arbete.

### 2.1.5 Blue Ocean Strategy – The Four Actions Framework

*Blue Ocean Strategy* beskrivs av Kim och Mauborgne i boken med samma namn som ett systematiskt tillvägagångssätt för att innovativt hitta en ny efterfrågan och gå i motsatt riktning jämfört med konkurrensen och den traditionella strategi som kallas Red Ocean Strategy.<sup>25</sup>

I den "röda oceanen" är branschgränserna och spelreglerna definierade och accepterade hos alla aktörer. De olika aktörerna försöker konkurrera ut varandra för att få en större andel av den existerande marknaden. Blåa oceaner symboliserar istället outnyttjade marknader där spelreglerna inte är givna. Den blåa strategin omstrukturerar branschgränserna, fokuserar på helheten och når längre än den existerande efterfrågan. Vidare är denna strategi ett sätt att överkomma organisatoriska hinder och även att lyckas bygga in genomförandet i strategin. I boken presenteras ramverk och relevanta modeller för att lyckas med att identifiera, skapa och fånga dessa "blåa oceaner", se gärna Figur 2. Grundpelaren i Blue Ocean Strategy är skapandet av *value innovation*, det vill säga att hitta värdeinnovationer som sänker kostnaderna samtidigt som värdet för kunderna ökas.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Kim et al., 2005, s. 5-12.

<sup>26</sup> Kim et al., 2005, s. 5-12.



Red Ocean Strategy	Blue Ocean Strategy
Compete in existing market space	Create uncontested market space
Beat the competition	Make the competition irrelevant
Exploit existing demand	Create and capture new demand
Make the value-cost trade-off	Break the value-cost trade-off
Align the whole system of a firm's activities with its strategic choice of differentiation <b>or</b> low cost	Align the whole system of a firm's activities in pursuit of differentiation <b>and</b> low cost

Figur 2: Schematisk bild över skillnaderna mellan den röda och den blåa strategin

Bland de olika modeller som innefattas av Blue Ocean Strategy har författarna valt att använda ramverket *The Four Actions Framework* i syfte att skapa en ny strategi på en existerande marknad. Ramverket utgörs av fyra frågor som är tänkta att leda fram till en ny värdekurva och nya värdeinnovationer:<sup>27</sup>

- **Eliminera:** Vilka faktorer som industrin tar för givna borde elimineras?
- **Reducera:** Vilka faktorer borde reduceras till under industrins standard?
- **Öka:** Vilka faktorer borde ökas till långt över industrins standard?
- **Skapa:** Vilka faktorer borde skapas som industrin tidigare aldrig har erbjudit?

En förutsättning för att kunna upprätthålla en framgångsrik verksamhet är att förmå erkänna när affärsmodellen behöver en fundamental förändring. Det finns många olika anledningar till att affärsmodellen kan behöva förändras. Det kan vara för att nå ut till en stor kundgrupp som upplever att befintliga lösningar är för dyra eller komplicerade, utnyttja ny teknologi, skapa ett fokus där det idag fattas eller svara på förändringar i konkurrenssituationen.<sup>28</sup>

Genom detta examensarbete utgör industrin "behandling av sjukdomen artros på specialistkliniker i Sverige". Författarna väljer att använda de fyra frågorna i *The Four Actions Framework* för att identifiera vilka förändringar i affärsmodellen som möjligtvis kan exporteras från internationella kliniker och anpassas till en affärsmodell för specialiserad artrosklinik i Stockholmsområdet. De fyra frågorna är även tänkta att belysa hur faktorerna i befintliga affärsmodeller måste omvärderas och eventuellt omformuleras för att passa in i den stockholmska motsvarigheten.

### 2.1.6 Scenarioanalys

Scenarion visar hur en organisations omgivning kan komma att utveckla sig i framtiden baserat på de huvudsakliga faktorer som driver förändring. Industrier med hög komplexitet eller som verkar i en snabbt föränderlig omgivning är ofta även osäkra

<sup>27</sup> Kim et al., 2005, s. 35.

<sup>28</sup> Johnson et al., 2008.

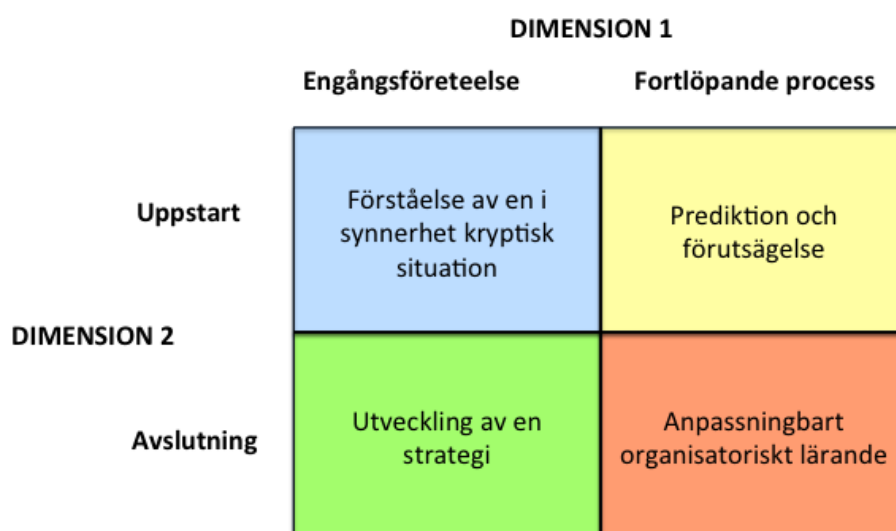


vilket gör det svårt att utveckla endast *ett* koncept som tar hänsyn till alla de faktorer som påverkar framtida strategier. Istället kan då en scenarioanalys användas för att hitta flera möjliga alternativ, så kallade "*Creative Doable Alternatives*" som Matheson och Matheson (2008) väljer att beskriva denna typ av valmöjligheter, som tillsammans ger en överblick över olika riktningar som utvecklingen inom industrin kan tänkas ta.<sup>29</sup>

Att applicera strategisk planering i en affärskontext genom att måla upp scenarier är ett relativt nytt fenomen. Undersökningar visar att majoriteten av de företag som har använt sig av scenarioanalyser är inom kapitalintensiva branscher med planeringshorisonter på 10 år eller mer. Bradfield et al. (2005) argumenterar för att det finns fyra huvudsakliga områden inom vilka scenarion är lämpliga som analysmetod:<sup>30</sup>

- Förståelse av en i synnerhet kryptisk situation
- Utveckling av en strategi
- Prediktion och förutsägelse
- Anpassningsbart organisatoriskt lärande

Dessa fyra huvudområden illustrerar hur olika typer av scenarioanalyser kan kategoriseras utifrån två dimensioner. Den första dimensionen symboliserar huruvida scenarioanalysen löser en engångsföreteelse eller utgör en fortlöpande och mer generell process. Den andra dimensionen beskriver hur scenarioanalysen används för att öppna upp för organisatoriska förändringar och starta något nytt eller för att avsluta specifika beslut eller åtgärder.<sup>31</sup> Figur 3 visar hur de fyra huvudområdena för målinriktad scenarioanalys kan placeras in i en matris utifrån de två dimensionerna.



Figur 3: Målinriktad scenarioanalys

Hälso- och sjukvårdsbranschen är ett exempel på en komplex och kapitalintensiv industri med långsiktig planeringshorisont. Därför väljer författarna att använda scenarioanalys för att konstruera två olika scenarion i arbetets slutskede som visar

<sup>29</sup> Johnson et al., 2008 s. 57.

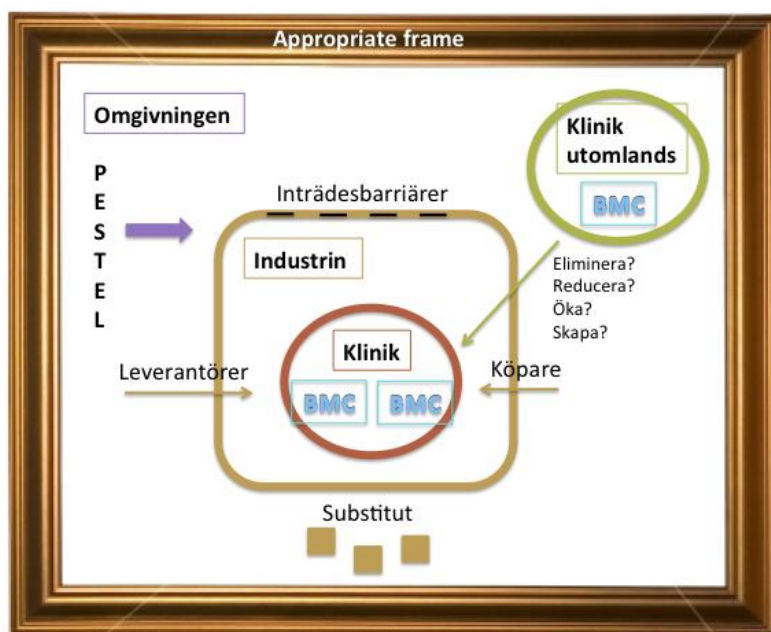
<sup>30</sup> Bradfield et al., 2005, s. 795–812.

<sup>31</sup> Bradfield et al., 2005, s. 795–812.

potentiella affärsmodeller för hur nischade specialistkliniker inom sjukdomsområdet artros kan utformas.

### 2.1.7 Den teoretiska referensramens applikation

I Figur 4 illustreras hur modellerna som har beskrivits i detta metodkapitel kommer att användas och kombineras i examensarbetets analysdel som utgörs av kapitel 7 och 8.



Figur 4: Illustration över användningen av examensarbetets teoretiska referensram

Den teoretiska referensramens omfång har definierats med hjälp av Matheson och Mathesons (2008) "Appropriate frame" som avgränsar och styr användningen av resterande modeller i rätt riktning utan att förlora fokus på examensarbetets syfte.

I kapitel 7 analyseras industrins omgivning utifrån ramverket PESTEL, som illustreras till vänster i Figur 4. Industrin analyseras med utgångspunkt i Porters Five Forces som illustreras i mitten i figuren.

I kapitel 8 hittas scenarioanalysen som formulerar två potentiella scenarion för utformandet av en hållbar affärsmodell gällande specialiserade artroskliniker. Analysen i detta kapitel utgår från affärsmodeller hos kliniker i industrin i Sverige, den röda cirkeln i figuren, och kliniker utomlands, den gröna cirkeln. I analysen av affärsmodellerna kombineras slutligen Osterwalders *Business Model Canvas* (BMC) tillsammans med Blue Ocean modellen *The Four Actions Framework*, som utgör de fyra frågorna som visas till höger i figuren, för att ta ut det bästa ur befintliga klinikers affärsmodeller och konstruera potentiella framtidsscenarier.

## 2.2 Arbetsmetod

Data kan samlas in på olika sätt beroende på insamlingens syfte. Olika studier kräver olika angreppssätt och det är därför viktigt att vara medveten om att olika arbetsmetoder skiljer sig åt och lämpar sig olika bra i olika situationer. Här redogörs mer ingående kring de arbetsmetoder som författarna har valt att använda, med

utgångspunkt i de modeller som beskrivits i kapitel 2.1 samt examensarbetets syfte som hittas i kapitel 1.3.

### 2.2.1 Primär- och sekundärdata

Insamlad data kan kategoriseras på två sätt; primär- och sekundärdata. Primärdata är data som härstammar direkt från källan utan några mellanhänder. Vanliga metoder för insamling av primärdata är exempelvis intervjuer, workshops eller enkätundersökningar.<sup>32</sup>

Sekundärdata är data som redan är färdigställd med ett annat ursprungligt syfte. Vanliga metoder för insamling av sekundärdata är tidigare publicerade alster så som litteratur, artiklar, statistik och liknande.<sup>33</sup> Sekundärdata är betydligt enklare att samla in då informationen finns publicerad sedan tidigare. Dessa data är dock inte anpassad för den givna undersökningen och bör därför i möjligaste mån kompletteras med primärdata för att säkerställa en korrekt analys.

### 2.2.2 Kvantitativ och kvalitativ data

Insamlad data kan även delas in i kvantitativ respektive kvalitativ data.

Kvantitativ data kan representeras av antal och siffervärden och utgörs av exempelvis statistik, enkätundersökningar, resultaträkningar, balansräkningar och annan numerisk data. Det är data som är mätbar och kan bearbetas statistiskt och objektivt. Kvantitativ analys används primärt för att få ökad förståelse för data samt visa på samband.<sup>34</sup>

Kvalitativ data är annorlunda i sin karaktär och söker istället efter slutsatser på ett djupare plan. Denna typ av data utgörs av ord och detaljrika beskrivningar, vanligtvis representerade av textdokument eller intervjuer, som inte är mätbart eller jämförbart på samma sätt som kvantitativ data.<sup>35</sup>

De två typerna kompletterar varandra då kvalitativ data, som ofta ger en djupare inblick i verkligheten, underbyggs av siffror och statistik från kvantitativ data som är enklare att jämföra.

### 2.2.3 Expertintervjuer

Primärdata  Sekundärdata  Kvalitativ data  Kvantitativ data

För detta examensarbete har expertintervjuer spelat en högst viktig roll. Syftet med studien har varit att utreda förutsättningarna kring ett nytt affärskoncept avsett för den svenska hälso- och sjukvårdssektorn. Då detta är ett utforskat område inom vilket det finns sparsmakad litteratur och kunskap har det varit viktigt att underbygga analysen med åsikter från experter som är verksamma inom branschen.

Tidigt i arbetet identifierades fyra olika expertområden som författarna önskade genomföra djupintervjuer med. Genom att involvera olika aktörer med olika expertis ges arbetet ett djupare och bredare perspektiv och dessutom undviks att viktiga

---

<sup>32</sup> Lekwall et al, 2006, s.212.

<sup>33</sup> Lekwall et al, 2006, s.212.

<sup>34</sup> Höst et al, 2006, s. 110-114.

<sup>35</sup> Höst et al, 2006, s. 110-114.

aspekter som påverkar utformandet av en lönsam affärsmodell inom området missas. De fyra expertområden har valts ut eftersom de i ett inledande skede av examensarbetet identifierades som drivande och avgörande aktörer inom branschen:

1. Ledande befattningshavare inom privat vård
2. Vårdpersonal
3. Branschorganisationer
4. Politiker

I Bilaga 1 hittas en sammanställning över alla intervjurespondenter.

Arbetsprocessen med expertintervjuerna har delats upp i tre faser för att på bästa sätt strukturera datainsamlingen och nyttja dess värde. De tre faserna har utgjorts av förarbete, intervjugenomförande samt efterarbete. Vid förarbetet har lämpliga intervjufrågor arbetats fram, se Bilaga 2a-d. Dessutom har bakgrundsresearch kring intervjurespondenten gjorts och ett manus för presentation av syfte och mål för dels examensarbetet i sin helhet och dels för intervjun i sig har utformats. Förarbetet är en viktig fas för att bygga upp en säkerhet och förmåga att skapa förtroende vid intervjugenomförandet. Efterarbetet har bestått i att renskriva samt diskutera viktiga take-aways. För att säkerställa att ingen viktig data fallit bort har efterarbetet genomförts kort tid efter intervjugenomförandet.

#### 2.2.4 Litteraturstudier

Primärdata  Sekundärdata  Kvalitativ data  Kvantitativ data

Litteraturstudier utgör en viktig grundbult inom all vetenskaplig forskning. Då forskning syftar till att producera ny kunskap och bygga vidare på befintlig kunskap är det av vikt att forskarna tar sin utgångspunkt i etablerade teorier och tillgodogör sig av andras forskning. Litteraturstudier hjälper även till att upprätthålla en bra balans mellan teoretisk referensram och empiri.<sup>36</sup>

Litteraturstudierna har fungerat som en iterativ process genom detta examensarbete och har inkluderat såväl böcker som artiklar och publikationer. Primärt har böcker använts som källor till information om modeller och teorier, medan artiklar och publikationer i större utsträckning har används för att ta del av de senaste resultaten och för att få en uppdaterad bild av nuläget i branschen.

#### 2.2.5 Kvantitativa analyser

Primärdata  Sekundärdata  Kvalitativ data  Kvantitativ data

Åtskilliga kvantitativa analyser har utförts under arbetets gång, varav de viktigaste för detta examensarbete förklaras mer här.

För detta examensarbete har en grundläggande analys av erbjudandet hos befintliga specialistkliniker valts att genomföras med syfte att jämföra och bättre förstå deras affärsmodeller och även identifiera positioneringsmöjligheter för den affärsmodell författarna ämnar utveckla.

---

<sup>36</sup> Höst et al, 2006, s. 59-60.

Analysen har delats upp i två delar:

- 1) Ortopedkliniker i Stockholms läns landsting
- 2) Artroskliniker utomlands

Den första delen har valts att undersökas genom att skicka ut enkäter till utvalda ortopedkliniker i Stockholms läns landsting. Enkätundersökningens frågor hittas i Bilaga 3 och svaren sammanställs i kapitel 6.

Den andra delen har genomförts via mailkontakt med utvalda artroskliniker utomlands. Mailfrågorna hittas i Bilaga 4 och analysen av resultatet redovisas i Case 3.

### 2.2.6 Case

Primärdata  Sekundärdata  Kvalitativ data  Kvantitativ data

Ett case är en beskrivning av en verklig situation som ofta involverar ett beslut eller ett problem, exempelvis en affärsangelägenhet som företagsledare tidigare har utsatts för och som nu läsaren får ta del av tillsammans med tillhörande fakta, åsikter och fördomar som dessa beslut har påverkas av.<sup>37</sup> I detta examensarbete har case använts för att illustrera marknadens drivkrafter och motkrafter utifrån olika perspektiv.

Tre case har utformats utifrån reella och aktuella händelser inom vården och är tänkta att tydliggöra hur branschen fungerar och vad som påverkar den:

- Case 1: Drivkrafter och barriärer inom nischade specialistkliniker i praktiken. Stockholms läns landsting och ett vårdval inom ortopedi som exempel
- Case 2: Medias påverkan på vårdprivatiseringen i Sverige. Den aktuella debatten kring riskkapitalägda Carema och dess kvalitetsbrister i äldreomsorgen tas upp som exempel
- Case 3: Behandling av artros i andra länder. Arthritis Centers i USA som exempel.

## 2.3 Kvalitet

Nedan presenteras de vanligaste begreppen för att bedöma ett forskningsresultats kvalitet; reliabilitet och validitet. Dessa termer har varit centrala i kvalitetssäkringen av examensarbetet.

### 2.3.1 Reliabilitet

Reliabilitet är ett mått på tillförlitlighet i datainsamlingen med grundidén att studien bör erhålla samma resultat vid upprepade mätningar. En studies reliabilitet är därför till stor del styrd av de arbetsmetoder som har använts vid datainsamlingen.<sup>38</sup>

I syfte att stärka reliabiliteten har författarna på ett strukturerat vis redovisat studiernas arbetsprocesser och vilka arbetsmetoder som har använts. Den huvudsakliga arbetsmetod som har använts för detta examensarbete är expertintervjuer. För att stärka reliabiliteten har intervjuerna utförts på ett systematiskt sätt i tre faser, se kapitel 2.2.3.3, och dessutom har båda författarna närvarat vid samtliga intervjutillfällen. Detta

---

<sup>37</sup> Erskine et al., 1981, s. 10.

<sup>38</sup> Höst et al, 2006, s. 41-42.

för att bibehålla objektivitet i största möjliga mån, minimera påverkan av externa faktorer och säkerställa datainsamlingens reproducerbarhet.

### 2.3.2 Validitet

Validitet är ett kvalitetsbegrepp som värderar i vilken utsträckning det som studien avser att mäta verkligen mäts. Att mäta en rapporters validitet är ingen exakt vetenskap utan sker subjektivt.<sup>39</sup>

För att hålla en hög validitet har författarna genom hela examensarbetet strävat efter att samla in data från flera olika perspektiv, vilket kallas *triangulering*. Ytterligare en aspekt som tagits i beaktande för att nå hög validitet är att vid genomförande av intervjuerna har relativt öppna frågor använts, enligt mallen för en semistrukturerad intervju. Detta för att säkerställa att det som verkligen har avsetts att ta reda på har kommit fram under intervjuerna. Dessutom har författarna fått tillåtelse att i efterhand kontakta alla intervjurespondenter för att ytterligare säkerställa att den relevanta informationen som har sökts även har erhållits.

Nedan visas en sammanställning över de arbetsmetoder som har brukats och vilka typer av data som de innefattar. Som tydliggörs av Tabell 1 innehåller studien en stor bredd av

Metod	Primärdata	Sekundärdata	Kvalitativ data	Kvantitativ data
Expertintervjuer	✓		✓	
Litteraturstudier		✓	✓	✓
Kvantitativa analyser		✓		✓
Case	✓	✓	✓	

datainsamlingsmetoder vilket också bidragit till att höja kvaliteten på projektet.

Tabell 1. Sammanställning över typ av data i använda arbetsmetoder

### 2.3.3 Källkritik

Vid datainsamling i form av litteraturstudier har genom hela studien endast alster från tillförlitliga författare använts med syfte att hålla en hög trovärdighet. Information från opublicerade alster har behandlats med skepsis och kontrollerats mot tillförlitligare källor.

De personer som har valts ut för intervjuerna är endast personer med höga positioner och stark tillförlitlighet inom respektive ämbete. I de flesta fall har intervjurespondenterna rekommenderats av flera olika personer innan författarna har bestämt sig för att kontakta dem. Detta för att endast intervjua personer med rätt kompetens och förmåga att tillföra examensarbetet värdefull information.

Inom varje expertis har författarna intervjuat flera respondenter för att ytterligare säkerställa relevant information. Samtliga intervjurespondenter har via mail godkänt respektive referat från intervjutillfället.

<sup>39</sup> Höst et al, 2006, s. 41-42.

Den kvantitativa analysen i form av en anonym enkät som har skickats ut till ortopedkliniker i Stockholm har haft låg svarsfrekvens trots att alla respondenter kontaktats personligen och erhållit påminnelsemail med vädjan om att fylla i enkäten. Sammanlagt har fem klinikers nyckelpersoner kontaktats, endast en klinik medverkade i undersökningen. Författarna har valt att inkludera klinikens svar i examensarbetet då detta överensstämde väl med resultat från expertintervjuerna. På grund av den låga svarsfrekvensen har författarna valt att komplettera enkätsvaren med information från relevanta expertintervjuer och hemsidor.

Den kvantitativa analysen i form av mailfrågor till utländska artroskliniker har liksom ovanstående enkät erhållit låg svarsfrekvens. Ett tiotal artroskliniker i USA, Japan och Schweiz har kontaktats. Undersökningen resulterade i tre svar från enbart kliniker baserade i USA. På grund av detta tvingades författarna avgränsa den planerade benchmarkingen till en mindre casestudie, se Case 3.

## 3. Det svenska vårdssystemet

---

*I detta kapitel förklaras hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar idag; hur den är indelad och vilka huvudsakliga faktorer som påverkar utvecklingen av framförallt specialistvården. För att ytterligare öka förståelsen kring utvecklingen följer därefter en casestudie som exemplifierar förändringen inom specialistvården i praktiken, genom att beskriva hur Stockholms läns landsting har gått tillväga inom ett specifikt specialistområde inom ortopedi, nämligen höft- och knäprotesoperationer.*

---

### 3.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

För att öka förståelsen för drivkrafterna bakom utmaningarna och förändringarna som är förknippade med den svenska hälso- och sjukvårdsindustrin ges först en bakgrund om industrins uppbyggnad och struktur. I Sverige är hälso- och sjukvården organiserad i olika vårdområden som behandlas vid olika typer av institutioner. Ansvar för dessa är delat mellan olika aktörer som alla är starkt beroende av det rådande ersättningsystemet.

#### 3.1.1 Indelning av vården i olika vårdområden

Sveriges hälso- och sjukvård är indelad i primärvård, specialistvård, akut sjukvård och tandvård.<sup>40</sup> Specialistvård kan delas in i två olika typer: specialiserad respektive högspecialiserad vård. Specialiserad vård delas i sin tur in i somatisk vård och psykiatrisk vård.<sup>41</sup> Detta examensarbete fokuserar på marknaden för somatisk och poliklinisk specialistvård vilka beskrivs i Definitioner inledningsvis i detta arbete. Nedan ges en kort presentation av de övriga nämnda kategorierna.

- Akut sjukvård inbegriper mer avancerade behandlingar som behandlas på regionsjukhus, även kallade akutsjukhus eller universitetssjukhus, där också forskning och utbildning bedrivs.<sup>42</sup> Även den högspecialiserade sjukvården är mer komplicerad och måste bedrivas på akutsjukhus där det finns tillgång till mer avancerad utrustning.<sup>43</sup>
- Det sistnämnda området, tandvård, kommer inte att tas upp här då det inte anses vara relevant för vidare analyser inom detta examensarbete.

#### 3.1.2 Vårdens viktigaste aktörer och deras rollfördelning

I Sverige är ansvaret för vården delat mellan stat, landsting och kommun. I Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) finns reglerat hur detta delade ansvar är organiserat. Lagen är utformad så att kommuner och landsting har mycket stor egenbestämmanderätt över hur vården ska bedrivas i respektive region, medan staten sköter den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken.<sup>44</sup>

---

<sup>40</sup> Stockholms läns landsting, 2010.

<sup>41</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2011, s. 28.

<sup>42</sup> Socialdepartementet, 2007.

<sup>43</sup> Moberg, 2011.

<sup>44</sup> Socialdepartementet, 2007.



Det är i huvudsak landstinget som står för finansieringen av, och ansvaret över, Sveriges hälso- och sjukvård. Landstingen ansvarar för att alla medborgare i den geografiska regionen har tillgång till god vård och får till stor del utforma denna efter eget tycke.<sup>45</sup> Med Sveriges 21 olika landsting innebär denna ansvarsfördelning att det i princip finns 21 olika hälso- och sjukvårdssystem i Sverige.

Svensk sjukvård bedrivs idag av såväl landsting som privata aktörer. Sett till Sveriges samtliga landsting domineras vården fortfarande av den offentliga sektorn, då endast en tiondel av landstingets kostnader för sjukvården upphandlas av privata aktörer.<sup>46</sup> I Stockholms läns landsting bedrivs idag cirka en tredjedel av all vård av privata aktörer; alltifrån allmänläkare och sjukgymnaster inom primärvården till stora akutsjukhus som S:t Görans sjukhus i Stockholm och nischade specialistkliniker.<sup>47</sup> Efter Stockholm är Skåne, Halland och Västmanland de landsting där flest köp av hälso- och sjukvård från privata aktörer sker.<sup>48</sup>

### 3.1.3 Ersättningsystemet

Majoriteten av landstingens budget, cirka 90 procent, går till verksamhet inom hälso- och sjukvård. Inkomsterna kommer primärt från landstingskatten och bidrag från staten samt patientavgifter och försäljning av tjänster.<sup>49</sup> Den absoluta huvudparten av vården är därmed skattemedelsfinansierad.

#### 3.1.3.1 Upphandling av vård

Skattemedlen är allmänhetens pengar och utgör en begränsad summa för landstingen att fördela på sina olika ansvarsområden. För att fördela denna summa på de olika vårdaktiviteterna utför landstingen upphandlingar. Upphandlingarna styrs av *Lagen om Offentlig Upphandling (LOU)* som bland annat innebär att upphandlingarna måste ske i konkurrens där den tjänst som upphandlas och de krav som ställs på säljaren tydligt framgår, samtidigt som myndigheten som köper vårdaktiviteten är objektiv och neutral i val av säljare. Under upphandlingen får alla de vårdaktörer som uppfyller de grundläggande kraven för att delta uppge hur mycket de är beredda att sälja vårdaktiviteten för, som kan vara till exempel 10 000 knäledsoperationer. Enligt regelverket väljs sedan den bäst lämpade aktören ut som därmed vinner upphandlingen. Den aktör som vinner har således rätt att utföra och få ersättning för den vårdaktivitet som har upphandlats.<sup>50</sup>

#### 3.1.3.2 Privat betalad och försäkringsfinansierad vård

Antalet privat betalade patienter är försvinnande liten med endast några få patienter per år.<sup>51</sup> De patienter som har privata försäkringar är fler men fortfarande en liten andel. Antalet svenskar med vårdförsäkring uppskattas idag till cirka 450 000, varav 90 procent utgörs av företagsförsäkringar.<sup>52</sup> Även de allra rikaste svenskar ställer sig

---

<sup>45</sup> Socialdepartementet, 2007.

<sup>46</sup> Kreicbergs et al., 2011.

<sup>47</sup> Stockholms läns landsting, 2011.

<sup>48</sup> Ekonomifakta, 2010.

<sup>49</sup> Socialdepartementet, 2007.

<sup>50</sup> Kammarkollegiet, 2011.

<sup>51</sup> Seger, 2011.

<sup>52</sup> Global Health Partner, 2011.

mycket skeptiska till att betala för sin vård ur egen ficka med anledning av att skatterna i Sverige är jämförelsevis höga och patienterna därmed anser sig redan ha betalat för sin vård genom skatten.<sup>53</sup> Detta beror i stor utsträckning på Sveriges tradition av subventionerad god vård till en mycket liten patientavgift, relativt vad vården egentligen kostar att utföra.

## 3.2 Vårdreformer öppnar upp för fri etablering

I takt med Sveriges politiska vändning från socialdemokratisk majoritet till mer nyliberal marknadsekonomisk ideologi det senaste decenniet har den offentliga finansieringen inom vissa vårdområden gått ifrån upphandlingar och istället infört så kallade *Vårdval*.<sup>54</sup> Vårdval ger patienterna rätt att själva bestämma vem de vill ha som vårdgivare. Dessutom innebär vårdvalet fri etablering för vårdgivare utifrån i förväg bestämda kriterier för auktorisering. Inom vårdvalen råder därmed fri konkurrens om patienterna och det finns inte heller något tak i antalet vårdaktiviteter som aktörerna får utföra, som är fallet vid statlig upphandling av vård. Istället ansvarar vårdgivarna själva för nå ut till så många patienter som möjligt.<sup>55</sup>

Redan år 2003 införde regeringen den vårdreform som kallas *Fritt Vårdval*. Detta gav landstingen möjlighet att välja om de ville byta ut upphandlingar mot vårdval. Få landsting valde dock att införa detta redan då. Nästa vårdreform kom år 2005 med den så kallade *Vårdgarantin*. Vårdgarantin innebär att de patienter som inte blir behandlade inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats blir behöriga att söka vård i annat landsting.<sup>56</sup>

Den nationella vårdgarantin tillsammans med införandet av frivilligt vårdval öppnade upp för fler nya aktörer att ge sig in på marknaden.

### 3.2.1 Införande av obligatoriskt vårdval inom primärvården

Den 1 januari 2010 infördes *Obligatoriskt Vårdval* inom primärvården i hela landet vilket innebar att alla Sveriges landsting tvingades öppna upp för fri etablering av primärvårdskliniker, exempelvis vårdcentraler, utifrån i förväg satta riktlinjer. Tanken med vårdvalet var att underlätta organisationen av vården genom att slippa omständliga upphandlingsprocesser, förbättra tillgängligheten genom att öka antalet vårdgivare samt göra det enklare för patienten att välja den vård som passar denne bäst.<sup>57</sup>

Endast tre av Sveriges 21 landsting hade redan innan denna vårdreform infört vårdval och några landsting var på gång medan de flesta andra tvingades sätta igång processen i samband med obligatoriets införande.<sup>58</sup>

Landstingen bestämmer själva hur de vill utforma erbjudandet med innehåll och bredd av uppdrag, ersättningsmodell och liknande vilket har lett till en stor variation mellan

---

<sup>53</sup> Zackrisson, 2011.

<sup>54</sup> Nordin, 2011.

<sup>55</sup> Socialdepartementet, 2008.

<sup>56</sup> Socialdepartementet, 2007.

<sup>57</sup> Stockholms läns landsting, 2011.

<sup>58</sup> Ljunggren Lönnberg et al., 2010.

vårdvalen i Sveriges olika regioner. De landsting som legat i framkant vad gäller utvecklingen av vårdval är framförallt Region Halland och Stockholms läns landsting. Den främsta anledningen till att det är just dessa två landsting tros vara deras stabila politiska situation där politikerna i Halland är tämligen överens mellan blockgränserna och ett av de politiska blocken i Stockholm har haft landstingsmajoritet under en längre tid.<sup>59</sup>

### 3.2.2 Vårdval inom specialistvård

Vårdval inom specialistvård är ännu inte obligatoriskt då detta område är mer komplext än primärvården, vilket medför stora svårigheter exempelvis vid utformandet av en lämplig ersättningsmodell. Specialistvården består av en mängd olika områden som exempelvis ögonkirurgi, fetmakirurgi och ortopedi som i sin tur är uppdelade i en mängd vårdaktiviteter. Inom ortopedi finns i Stockholms läns landsting idag vårdval inom höft- och knäprotesoperationer, medan all annan ortopedirelaterad verksamhet fortfarande upphandlas. Än så länge har endast några få landsting valt att införa vårdval inom några få specialistvårdsområden, däribland Stockholm, Halland och Skåne.

Huruvida vårdval ska införas inom specialiserad vård utgör dock inte de huvudsakliga debatterna inom landstingen. Diskussionerna har istället kretsat kring att så stor del som möjligt av vården ska kunna hanteras inom primärvården som första instans, som i sin tur sedan remitterar patienterna till specialister vid behov. Tanken med detta resonemang är att minska kostnaderna på de större sjukhusen och behandla enligt *lägsta effektiva omhändertagande nivå (LEON)*.<sup>60</sup>

#### 3.2.2.1 Drivkrafterna bakom vårdval inom specialistvård

En del landsting, däribland Stockholms läns landsting, inför allt fler vårdval inom olika specialistområden. Anledningen till att detta blir allt vanligare beror på flera faktorer. De största drivkrafterna och dess drivande aktörer bakom införande av vårdval inom specialistområden har efter genomförda expertintervjuer identifierats till:

Drivkraft	Drivande aktör
Långa vårdköer	Patienterna
Höga vårdkostnader	Politikerna
Marknadsinträde	Vårdaktörerna

Tabell 2. Drivkrafterna bakom införande av vårdval inom specialistområden

Den största drivkraften bakom vårdval inom specialistvård är de långa vårdköerna. Inom de specialistområden där väntetiderna för en mottagningstid eller behandling är långa och tillgängligheten behöver förbättras uttrycker de drabbade patienterna sin frustration.<sup>61</sup> Utefter medborgarnas vilja agerar sedan politikerna vilket i några landsting har resulterat i vårdval inom valda specialistområden. För att ett specialistområde ska inkluderas i vårdval krävs att det finns en betydande mängd patienter men även en uttalad uppfattning om lämpliga prissättningar för

<sup>59</sup> Öfverberg, 2011.

<sup>60</sup> Öfverberg, 2011.

<sup>61</sup> Öfverberg, 2011.

behandlingarna. En lämplig prissättning kan utformas först då landstinget har tillräcklig erfarenhet av upphandlingar inom ett visst vårdområde.<sup>62</sup>

Vårdaktörerna och vårdpersonalens intresseorganisationer strävar efter att öppna upp systemet och skapa fri etablering för att underlätta marknadsinträde för nya aktörer och därmed hjälpa fler patienter.<sup>63</sup> I och med införande av vårdval finns inte längre de garanterade volymer som kliniker tilldelas vid en vinstgivande upphandling vilket medför ökade konkurrensmöjligheter där vårdgivare med de mest attraktiva erbjudandena lockar flest patienter. Vårdgivarna har större möjlighet att själva styra över sin verksamhet då de inkluderas av vårdval, så länge de uppfyller de fastställda reglerna. Politiker slipper detaljstyra varje upphandling och kan istället lägga mer energi på att följa upp vården.<sup>64</sup>

En annan drivkraft som är värd att nämnas men som inte är avgörande är den ökande vårdturismen till följd av missnöje över långa väntköer och en uppfattning om att vården är mer kvalitativ utomlands. I januari 2011 infördes ett nytt EU-direktiv, det så kallade *Patientrörlighetsdirektivet*, som ska göra det lättare för EU:s medlemmar att söka vård utomlands.<sup>65</sup> Åkommer som patienter åker utomlands för att behandla inom specialistvård är bland andra höft-, knä- och ryggoperationer vilket ersätts av landstinget.<sup>66</sup> Vårdturism kan ge ökade incitament för landstingen att införa vårdval för att få behålla patienterna inom landet och därmed slippa betala de kostnader som är förknippade med dyrare vård utomlands.

### 3.2.2.2 Barriärer mot vårdval inom specialistområden

Att införa vårdval inom specialiserad vård är mer komplicerat än vårdval inom primärvården. De politiska partierna är mer splittrade i specialistvårdsfrågorna och diskussionerna är många kring hur vårdvalen ska utformas i praktiken. Exempel på dessa typer av frågeställningar är:<sup>67</sup>

- Hur kommer vårdkedjan att påverkas då patienterna fritt kan välja hos vilken mottagning de vill bli diagnostiserade, opererade och rehabiliterade?
- Hur kommer utbildning, forskning och läkemedelsprövning att påverkas av att det råder vårdval inom specialistvård?
- Hur ska ersättningsystemen utformas?
  - Ersättning per behandling?
  - Ersättning per patient?
  - Ersättning utifrån hur frisk patienten blir?

År 2009 kom ett förslag till *Lagen om vårdgivaretablering* (LOVE) som diskuterar vårdgivaretablering inom specialistvård. Syftet med denna lag var att fler specialistkliniker skulle etableras i landet. Enligt LOVE låg på förslag att en ny myndighet skulle utses med ansvaret att avgöra om enskilda privata aktörer skulle få etablera specialistkliniker eller ej. Modellen mötte hårt motstånd och röstades till slut

---

<sup>62</sup> Rydberg, 2011.

<sup>63</sup> Öfverberg, 2011.

<sup>64</sup> Strandberg, 2011.

<sup>65</sup> Närlid, 2011.

<sup>66</sup> Cardell, 2006.

<sup>67</sup> Öfverberg, 2011.

ner. Mycket av kritiken mot lagförslaget hade sin grund i att landstingen i och med LOVE skulle förlora sin självbestämmanderätt i frågor som rör hälso- och sjukvårdssektorn till den nya nationella myndigheten. Det kommunala självstyret väger tungt i Sverige och utformningen av vårdvalen måste enligt landstingen få bestämmas av landstingen själva.<sup>68</sup> Istället råder fortfarande fritt vårdval där landstingen får välja om de vill införa vårdval inom specialistvård och därefter utforma uppdragen själva.<sup>69</sup>

Den svenska sjukvårdens starka politiska koppling medför att eventuella omstruktureringar av vården är ytterst beroende av de nu regerande politikerna, både i riksdagen och inom respektive landsting. Detta medför en osäkerhet för de svenska vårdaktörerna då exempelvis beslut som rör ersättningsystemen kan komma att bli kortvariga om nästa mandatperiods politiker väljer att riva upp dem eller fatta beslut som går i helt nya riktningar. Förutom att det är problematiskt att utforma organisation kring vårdvalen är det även många politiker som ställer sig frågande till i vilken utsträckning vårdval inom specialistvården verkligen blir patienternas val och inte de remitterande allmänläkarnas beslut.<sup>70</sup>

---

<sup>68</sup> Öfverberg, 2011.

<sup>69</sup> Öfverberg, 2011.

<sup>70</sup> Öfverberg, 2011.

# Case 1: Drivkrafter och barriärer inom nischade specialistområden i praktiken

---

## Stockholms läns landsting och införandet av ett vårdval inom ortopedi som exempel

Stockholms läns landsting var ett av de första landsting som kom att införa vårdval inom primärvården efter att det fria vårdvalet infördes år 2003. Stockholm är även det landsting som har infört flest vårdval inom olika specialistområden. För att tydliggöra vad vårdval inom specialistvård innebär förklaras i detta avsnitt hur just Stockholm, har gått tillväga vid införandet av vårdval inom höft- och knäprotesoperationer som tillhör specialistområdet ortopedi samt utfallet av införandet.

Stockholms läns landsting införde redan år 2008 *Vårdval Stockholm*. I dagsläget inkluderas förutom primärvården följande specialistområden av detta vårdval:<sup>71</sup>

- Fotsjukvård
- Gråstaroperation
- Höft- och knäprotesoperation
- Logopedverksamhet
- Ögonbottenfotografering för diabetiker
- Specialiserad ögonvård
- Specialiserad rehabilitering inom onkologi, lymfödem och neurologiska skador

Vårdval Stockholm utökas succesivt och förväntas bli än mer omfattande.

### Auktorisering enligt Regelboken

Patienterna kan välja mellan de mottagningar som har auktoriserats av landstinget inom dessa vårdvalsområden då de söker vård. Mottagningarna kan vara offentligt ägda av landstinget eller privat ägda, samma kvalitetskrav gäller oavsett.<sup>72</sup>

De vårdgivare som har möjlighet att ansöka om auktorisation inom Vårdval Stockholm är både nya och gamla aktörer samt företag som är under bildande. Varje vårdval har en regelbok. I regelboken finns beskrivet vilka villkor i form av kompetenser och resurser som lokal, utrustning och vårdpersonal som gäller för att en klinik ska bli auktoriserad, vilka behandlingar som omfattas av uppdraget, vilken ersättning kliniken får för uppdraget, hur marknadsföring och rapportering bör ske samt en bilaga med ansökan om auktorisering enligt vårdvalet. Verksamheten ska enligt regelboken hålla samma kvalitet som motsvarande verksamhet på akutsjukhus, exempelvis finns nämnt vilka kvalitetskrav som gäller för de proteser som opereras in. Dock utgår ingen extra ersättning utifrån kvalitetsnivå. Förutsatt att kliniken uppfyller och godtar villkoren som Stockholms läns landsting ställer i regelboken sluts ett avtal som gäller tills vidare mellan vårdgivare och landsting där mottagningen förbinder sig att följa regelboken.

---

<sup>71</sup> Vårdguiden, 2011.

<sup>72</sup> Stockholms läns landsting, 2011.

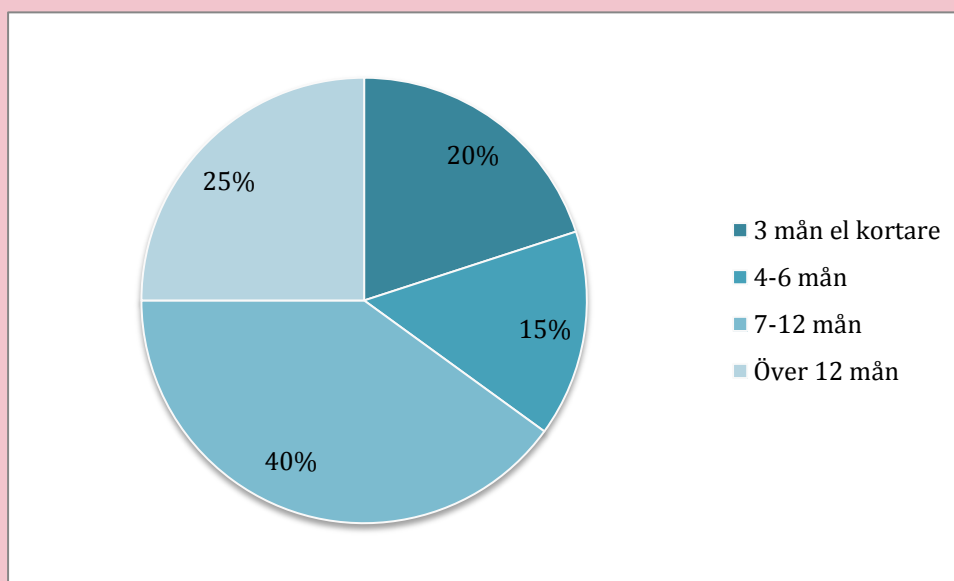
Auktorisering innebär fri etablering, rätt att bedriva vård samt rätt till ersättning av landstinget för den vård som utförs.<sup>73,74</sup>

## Vårdval höft- och knäprotesoperationer

Vårdvalet för höft- och knäprotesoperationer tillhör specialistområdet ortopedi och kom att inkluderas i Vårdval Stockholm den 1 januari år 2009. Även andra landsting har valt att införa just detta vårdval men eftersom regelböckerna skiljer sig mellan landstingen<sup>75</sup> fokuseras här på utformningen i Stockholms läns landsting.

### Bakgrundsfaktorer

Initiativet till vårdvalet var framförallt de långa väntetiderna till en protesoperation för höft- och knäleder i början av 2000-talet. År 2005 stod närmare 100 000 patienter i kö till mottagning på landets ortopedkliniker vilket motsvarade sex månaders kötid för en höft- eller knäprotesoperation, i vissa delar av landet så länge som ett helt års väntan. Andelen patienter som fick vänta mer än 90 dagar för behandling var runt 50 procent under åren 2002 till 2004.<sup>76</sup> I Figur 5 visas hur stora andelar av patienterna som under år 2005 väntade 3 månader eller kortare, 4-6 månader, 7-12 månader eller över ett år för att få komma till en ortopedisk mottagning.



Figur 5: Väntetid till ortopedisk mottagning

<sup>73</sup> Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2008.

<sup>74</sup> Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2011.

<sup>75</sup> Seger, 2011.

<sup>76</sup> Nationellt kompetenscentrum för ortopedi, 2005.

Anledningarna till de långa vårdköerna är enligt Anders Sandelin, verksamhetschef för ortopedkliniken på Sunderby sjukhus, en lång tid av underfinansiering för denna typ av operationer.<sup>77</sup>

### I praktiken i Stockholm

Uppdraget inom vårdvalet höft- och knäprotesoperationer omfattar planerade protesoperationer på patienter som tillhör ASA-klass 1 eller 2. ASA-klassen är ett mått på patientens allmäntillstånd där en lägre siffra motsvarar ett friskare allmäntillstånd, se Tabell 3.<sup>78</sup> Operationer på patienter med högre ASA-klass än de som omfattas av vårdvalet får endast utföras vid akutsjukhus.<sup>79</sup>

---

#### ASA-klass    Hälsotillstånd

---

Figur 6: Fördelning över patienters kötid till ortopedisk mottagning år 2005

1	Frisk patient
2	Patient utan funktionsnedsättning
3	Patient med funktionsnedsättning
4	Svår systemsjukdom
5	Moribund patient (patient som ej förväntas överleva 24 timmar, utan operation)
6	Död patient (exempelvis organdonator)

---

Tabell 3. ASA-klasserna

Inom Vårdval Stockholm innebär detta specialistvårdval att den som bor i Stockholms län och behöver en ny höft- eller knäled, till följd av exempelvis sjukdomen artros, men är i övrigt frisk själv kan välja på vilken mottagning i länet som operationen ska utföras. De mottagningar som har tillåtelse att utföra operationer inom vårdvalet har blivit auktoriserade enligt den upprättade regelboken för höft- och knäprotesoperationer.<sup>80</sup>

Gällande vårdval inom specialistvård möter patienten i regel först primärvården, till exempel en vårdcentral, som sedan remitterar patienten till den mottagning som patienten väljer. Vanligtvis rekommenderar allmänläkaren vilken specialistklinik som patienten bör remitteras till. Patienterna litar i regel på läkarens omdöme och följer dennes rekommendationer. Patienter som inte går via primärvården har rätt att besöka

---

<sup>77</sup> Hake, 2005.

<sup>78</sup> Stockholms läns landsting, 2009.

<sup>79</sup> Andersson Forsman et al., 2009.

<sup>80</sup> Hammarström, 2009.



specialistkliniker utan remiss, dock är det inte alla specialistkliniker som tar emot patienter utan remiss, då detta utgör ett välbehövligt prioriteringsunderlag.<sup>81</sup>

### Utfallet

Sedan införande av vårdval för höft- och knäprotesoperationer i Stockholms läns landsting har vårdsektorn förändrats på flera sätt. Här presenteras några av de viktigaste utfallen.

Sammantaget ökade antalet operationer under de fyra första månaderna år 2009 med 18 procent jämfört med samma period år 2008.<sup>82</sup> Antalet operationer inom detta vårdval har i Stockholms län ökat sedan början av 2000-talet och förväntas fortsätta öka även de närmaste åren.<sup>83</sup>

### Tillgängligheten

Även tillgänglighet i form av antalet patienter som väntat i mer än 90 dagar hade förbättrats bara ett halvår efter vårdvalets införande i Stockholms län.<sup>84</sup> Idag är det inte längre någon kö till dessa typer av operationer. Med ingen kö menas, enligt Vårdgarantikansliet på Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltnings definition, att väntetiden är kortare än 90 dagar.<sup>85</sup>

Författarnas undersökning av väntetiderna för en höft- och knäprotesoperation i Stockholm visar att en patient idag behöver vänta mellan 3 till 8 veckor för att få komma till en mottagning och 3 till 12 veckor för att få genomföra en operation. Dessa siffror kan jämföras med väntetiderna för operationer som i dagsläget inte omfattas av vårdval, till exempel handartrosoperationer eller reumatiska operationer, där väntetiden är upp till 13 veckor för att få komma till en mottagning och upp till ett år för själva operationen. I Bilaga 5 hittar läsaren hela undersökningens resultat och vilka kliniker som har kortast respektive längst väntetider i Stockholm idag.

### Ersättningen

Införandet av vårdval för höft- och knäprotesoperationer har ökat konkurrensen mellan aktörerna vilket har pressat priserna och på så sätt även marginalerna i branschen.<sup>86</sup> År 2007 låg ersättningen för en höftprotesoperation på upp till 105 000 SEK.<sup>87</sup> Mer exakta siffror på vad dessa operationer kostade innan införandet är svåra att fastställa då ersättningen i samband med upphandlingar skiljts sig mellan olika sjukhus och olika upphandlingar i länet.<sup>88</sup> Idag är ersättningen 56 300 SEK för en höft- eller knäprotesoperation<sup>89</sup>, en markant minskning jämfört med ersättningen innan införandet av vårdval inom detta specialistområde.

---

<sup>81</sup> Seger, 2011.

<sup>82</sup> Andersson Forsman et al., 2009.

<sup>83</sup> Nationellt kompetenscentrum för ortopedi, 2011.

<sup>84</sup> Andersson Forsman et al., 2009.

<sup>85</sup> Nordqvist, 2011.

<sup>86</sup> Ryd, 2011.

<sup>87</sup> Borgström, 2007.

<sup>88</sup> Forssblad, 2011.

<sup>89</sup> Hälso- och Sjukvårdsnämnden, 2011.

### *Antalet aktörer på marknaden*

I juni år 2009, ett halvår efter vårdvalets införande i Stockholm, hade 15 kliniker beviljats auktorisering enligt vårdvalet för höft- och knäprotesoperationer. Tre av dessa var nytillkomna och utförde tillsammans 30 procent av operationerna under 2009 års första kvartal.<sup>90</sup> Detta innebar att antalet operationer ökade och de långa vårdköerna som har beskrivits ovan snabbt kunde rivas av.<sup>91</sup>

### *Valfriheten*

En annan aspekt som är viktig att inkludera i analysen av vårdvalets utfall är i vilken utsträckning patienterna faktiskt väljer specialistmottagning själva. Detta är något som är svårt att mäta men man vet att 90 procent av Stockholms befolkning listar sig inom vårdvalet för primärvård och att de flesta känner till denna valfrihet. Landstinget försöker öka medvetenheten bland patienterna bland annat genom tidningen Vårdguiden som skickas ut till alla i länet, Vårdguidens websida samt genom att synas på Facebook.<sup>92</sup> Författarna misstänker dock att det antagligen är en relativt liten andel av allmänheten som än så länge är upplysta om det fria vårdval som råder inom de olika specialistområdena i Stockholm, däribland höft- och knäprotesoperationer.<sup>93,94</sup>

---

Sedan införandet av vårdvalet för höft- och knäprotesoperationer har tre nya aktörer anträt marknaden och stora volymer har flyttats från de stora akutsjukhusen till mindre, mer specialiserade enheter. Produktionsvolymen ökade kraftigt under det första året, sannolikt en följd av de långa köer som fanns vid införandet av vårdvalet, och har den senaste tiden minskat. Väntetiderna inom detta specialistområde har eliminerats helt.<sup>95</sup>

Flertalet vårdgivare förändrade sin affärsmodell efter införandet av vårdval med syfte att förbättra resultat och patientbemötande samt för att reducera antalet komplikationer och icke-värdegenererande aktiviteter. Förändringarna bestod av standardiseringar av behandlingsmetoder, utveckling av manualer och check-listor, specialisering och utbildning av personal med mera.<sup>96</sup>

Utfallet efter vårdvalet inom specialistområdet ortopedi och höft- och knäprotesoperationer kan sammanfattas till:

- Kortare väntetider tack vare fler operationer
- Sänkta ersättningar per operation
- Nya och fler aktörer på marknaden

Dessa utfall överensstämmer väl med de drivkrafter som identifierats i avsnitt 3.2.2.2.

---

<sup>90</sup> Andersson Forsman et al., 2009.

<sup>91</sup> Rydberg, 2011.

<sup>92</sup> Rydberg, 2011.

<sup>93</sup> Olsson, 2011.

<sup>94</sup> Seger, 2011.

<sup>95</sup> Wohlin et al, 2011.

<sup>96</sup> Wohlin et al, 2011.

## 4. Privata specialistkliniker i Sverige

Sveriges etablerade specialistkliniker har kartlagts med syfte att klargöra vilka specialistområden och vilka aktörer som dominerar på marknaden för att få en bättre förståelse för fenomenet specialistkliniker. Detta kapitel avslutas med ett case som beskriver den senaste tidens eskalerande debatt om vårdens utformning i media och eventuella konsekvenser av denna intensifiering.

### 4.1 De stora koncernerna dominerar

Sveriges specialistvård bedrivs idag i offentlig regi av landstinget men även av privata aktörer. De privata aktörerna utgörs av alltifrån mindre enskilda specialistkliniker till stora vårdkoncerner med tusentals anställda.

Ett fåtal stora aktörer står för majoriteten av den svenska privatvården. Bland Sveriges privata sjukvård utgörs hela 57 procent av marknaden av de fyra största aktörerna: *Carema*, *Aleris*, *Capio* och *Praktikertjänst*.<sup>97</sup> Dessa aktörer erbjuder vård inom alla områden där primärvård ofta utgör den största delen. Specialistvård erbjuds framförallt på större specialistsjukhus där flera vårdområden erbjuds på samma ställe, men även på enskilda nischade specialistkliniker. Av de aktörer på marknaden som är nischade mot enbart specialiserad vård är vårdkoncernen *Global Health Partner* den största. Utöver dessa fem stora koncerner finns även en mängd mindre privata aktörer som bedriver specialiserad vård på enskilda kliniker.

Tabell 4 visar omsättning och antal anställda hos de största svenska vårdkoncernerna:<sup>98,99,100,101,102</sup>

Privat vårdgivare	Omsättning (MSEK)	Antal anställda
Ambea/Carema	6 000	10 500
Aleris	6 000	6 000
Capio	10 000	10 000
Praktikertjänst	3 000	3 300
Global Health Partner	600	300

Tabell 4. Omsättning och antal anställda hos Sveriges största aktörer

#### 4.1.1 Ägarstrukturer

För de fem största privata vårdkoncernerna redovisas i Figur 7 ett schema över dessa aktörers ägarstrukturer.

<sup>97</sup> Vänsterpartiet, 2011.

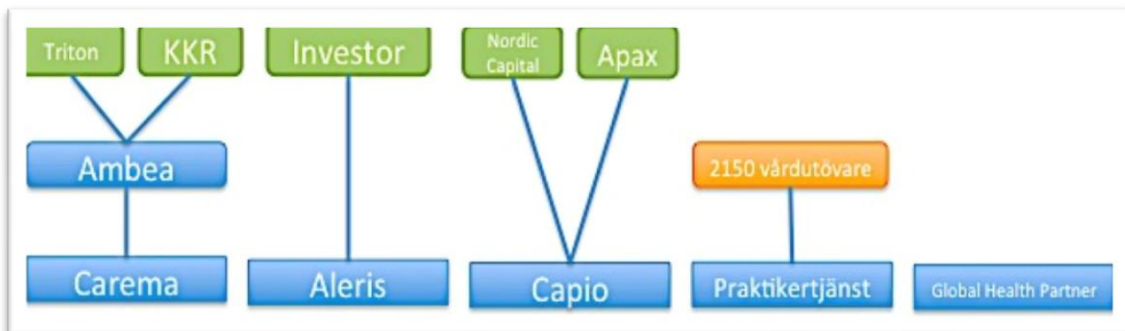
<sup>98</sup> Lundell, 2011.

<sup>99</sup> Avanza Bank AB, 2011.

<sup>100</sup> Capio, 2011.

<sup>101</sup> Aleris, 2011.

<sup>102</sup> Vård och Hälsa, 2011.



Figur 7: Schema över de största svenska vårdaktörernas ägarstrukturer

Gemensamt för tre av de fyra största aktörerna; Carema, Aleris och Capiro, är att de alla ägs av riskkapitalbolag, som är markerade som gröna fält i Figur 7.

Carema är uppdelat i Carema Care (50 procent) och Carema Sjukvård (26 procent) som tillsammans med finska Mehiläinen (24 procent) ägs av företaget Ambea, som i sin tur ägs av två riskkapitalbolag; Triton och KKR.<sup>103,104</sup> Aleris ägs av riskkapitalbolaget Investor. Capiro ägs liksom Carema av två riskkapitalbolag; Nordic Capital och Apax.<sup>105</sup>

Praktikertjänst är till skillnad från de andra stora koncernerna ett kooperativ där 2 150 vårdutövare tillsammans äger företaget.<sup>106</sup>

Global Health Partner startades år 2006 av bland andra Per Båtelson, före detta koncernchef i Capiro. Företaget är sedan oktober år 2008 listat på NASDAQ OMX Stockholm, Small Cap.<sup>107</sup>

#### 4.1.2 Bolagsformer

Sammantaget finns 10 000 privata vårdföretag i Sverige. I Figur 8 visas fördelningen mellan vårdsektorns olika bolagsformer. Sett till fördelningen mellan olika bolagsformer är nästan hälften av vårdsektorns företag privata aktieföretag, lika många utgörs av övriga privata företag, exempelvis handelsbolag eller enskild firma. Icke-vinstdrivande företag, såsom stiftelser och föreningar, utgör endast ca 3,5 procent av företagen, en siffra som har varit relativt oförändrad de senaste decennierna.<sup>108</sup>

<sup>103</sup> Carema Sjukvård, 2011.

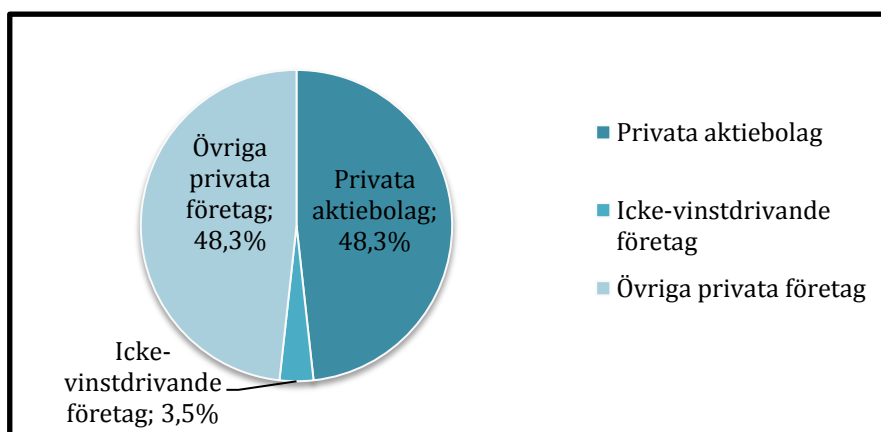
<sup>104</sup> Svahn, 2011.

<sup>105</sup> Sveriges Riksdag, 2011.

<sup>106</sup> Praktikertjänst, 2011.

<sup>107</sup> Global Health Partner, 2011.

<sup>108</sup> Vårdföretagarna Almega, 2011.



Figur 8: Fördelning över antal företag som tillhör respektive bolagsform

Värt att notera är att de flesta anställda inom vårdsektorn är verksamma inom de privata aktieföretagen, som idag engagerar hela 72 procent. Övriga privata företag, som utgör nästan hälften av de privata vårdenheterna, engagerar endast några få procent av branschens anställda.<sup>109</sup>

#### 4.1.2.1 Bolagsformer i Sveriges olika landsting

I Sverige är det framförallt inom primärvården som andelen privata, vinstdrivande aktörer har upplevt en kraftig ökning under de senaste åren. Inom specialistvården är majoriteten av vårdgivarna fortfarande offentligt ägda. Dock är det viktigt att notera att utbredningen av privata aktörer skiljer sig markant mellan landstingen, både inom primärvård och specialiserad vård,<sup>110</sup> se Tabell 5.

Landsting	Primärvård	Specialiserad somatisk vård	Specialiserad psykiatrisk vård	Övrig hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård exkl tandvård
Stockholm	47,9	<b>16,1</b>	14,6	24,5	22,9
Halland	34,8	<b>5,8</b>	1	0,9	10,9
Västmanland	40,2	<b>2,2</b>	2,9	9,1	10,2
Skåne	29,7	<b>4,5</b>	8,5	13,1	10,1
Jönköping	7,4	<b>1,4</b>	2	7,3	3,3
Kalmar	11,5	<b>1</b>	1,6	0,6	3,1
Dalarna	4,6	<b>1,2</b>	4,4	1,9	2,3

Tabell 5. Andel privata aktörer inom olika vårdområden år 2010

Sedan införandet av vårdval i primärvården i Sverige har det skett en 20-procentig ökning av antalet privata aktörer. Även antalet patienter som söker vård hos de privata aktörerna blir allt vanligare. Idag sker 25 procent av alla läkarbesök inom specialiserad somatisk vård hos de privata vårdgivarna.<sup>111</sup> 80 procent av dessa nya enheter är koncentrerade till fem landsting: Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Region Halland och Jönköpings landsting.<sup>112</sup>

Samtliga av dessa fem landsting har en stor befolkning relativt sin yta då många storstadsregioner hittas här. Sannolikt har dessa landsting även ett politiskt system som

<sup>109</sup> Vårdföretagarna Almega, 2011.

<sup>110</sup> Anell, 2011.

<sup>111</sup> Vårdföretagarna Almega, 2011.

<sup>112</sup> Anell, 2011.

gynnar nyetablering av privata vårdenheter vilket är ytterligare en förklaring till den höga andelen privata aktörer inom just dessa fem landsting.

#### 4.1.3 Marknadskonsolidering

Även om det finns tendenser som tyder på att många nya små aktörer slår sig in på marknaden är det i huvudsak de stora spelarna som dominerar. Detta kan förklaras bland annat med de höga inträdesbarriärerna i form av kapitalbehov för att klara av de stora investeringskostnaderna vid etablering av en vårdklinik.<sup>113</sup>

Det finns även en tendens som visar på ökad konsolidering i branschen. Exempelvis förvärvade Aleris i juni år 2011 den privata vårdgivaren Proxima som år 2010 omsatte 1 miljard svenska kronor.<sup>114</sup>

## 4.2 Populära specialistområden

En förteckning över de fem stora privata aktörerna inom somatisk specialistvård i Sverige och de områden som de är verksamma inom hittas i Bilaga 6. Utifrån analysen av dessa aktörer har de mest populära vårdområdena i Sverige identifierats till: ortopedi, gynekologi, ögonsjukvård samt obesitas (fetmakirurgi).

Tillsammans med dessa fyra populäraste specialistområdena har ytterligare tre vårdområden valts ut för vidare jämförelse mellan olika landsting. Vårdområdena har valts ut då de redan har införts som vårdval inom vissa landsting, alternativt är under pågående diskussion om att införas, och/eller är intressanta för behandling av sjukdomen artros. De sammanlagt sju vårdområdena som granskats är:

- Allergi
- Gynekologi
- Handkirurgi
- Obesitas
- Ortopedi
- Reumatologi
- Ögon

Vårdvalens omfattning varierar som tidigare nämnts mellan olika landsting vilket innebär att det finns stora skillnader mellan olika regioner i landet och olika specialistområden är populära i olika regioner.

## 4.3 Geografisk placering

Som tidigare nämnts i detta kapitel går utvecklingen mot nyetableringar av fler och mindre företag inom hälso- och sjukvårdssektorn. Av dessa hittas de flesta i storstadsregionerna.<sup>115</sup>

### 4.3.1 Jämförelse mellan fem landsting

För att undersöka hur antalet aktörer skiljer sig geografiskt i Sverige har författarna i detta stycke valt att jämföra utbredningen av de sju specialistområdena, som valts ut i

---

<sup>113</sup> Olsson, 2011.

<sup>114</sup> Proxima, 2011.

<sup>115</sup> Vårdföretagarna Almega, 2011.

kapitel 4.2, i Sveriges fem mest befolkade landsting. Ytterligare en motivering till att just dessa fem regioner har valts för jämförelse är att de ligger i framkant vad gäller vårdval inom specialiserad vård, se fortsatt diskussion nedan.

Tabell 6 redogör för vilka de utvalda landstingen är och dess befolkningsmängd.<sup>116</sup>

Landsting	Befolkningsmängd år 2010
Stockholms läns landsting	1 900 000
Region Skåne	1 200 000
Västra Götalandsregionen	1 200 000
Landstinget i Östergötland	400 000
Region Halland	300 000

Tabell 6. Landsting som har valts att studeras och deras befolkningsmängd

Stockholms läns landsting är den region som kommit absolut längst i utvecklingen av specialistvårdvalen.<sup>117</sup> I detta landsting finns ett utbrett vårdval inom specialistvård och inom något år räknar Aleris, en av de största vårdkoncernerna i Sverige, med att 60 procent av all specialistvård som de erbjuder i Stockholm kommer att vara inkluderad i vårdval.<sup>118</sup>

Region Halland ligger också långt fram i planeringen vad gäller vårdval inom specialistvård med införandet av *Vårdval Halland Plus*, som är tänkt att komma igång i början av år 2012. Detta kommer att bli ett omfattande vårdval, men exakt vilka områden som kommer att ingå och hur ersättningsmodellerna kommer att se ut är ännu inte offentligt. Dock finns i Region Halland en vilja om att kunna inkludera alla specialistområden som inte kräver ett akutsjukhus särskilda resurser, det vill säga all specialiserad vård som inte tillhör den högspecialiserade vården.<sup>119,120</sup>

Även Skåne har börjat införa vårdval inom några specialistområden, främst barn- och mödravård. Östergötland har nyss infört sitt första vårdvalsområde inom specialistvård som är obesitas.<sup>121</sup>

Västra Götalandsregionen har utökat sitt vårdval inom primärvård till att inkludera arbetsterapi och rehabilitering men har ännu ej infört vårdval inom specialistvård.<sup>122</sup> Landstinget har valts att tas med i analysen eftersom de har ett välutvecklat primärvårdsvårdval och för att en förhållandevis stor del av Sveriges befolkning bor i landstinget.

<sup>116</sup> Statistiska Centralbyrån, 2010.

<sup>117</sup> Öfverberg et al, 2011.

<sup>118</sup> Olsson, 2011.

<sup>119</sup> Öfverberg et al., 2011.

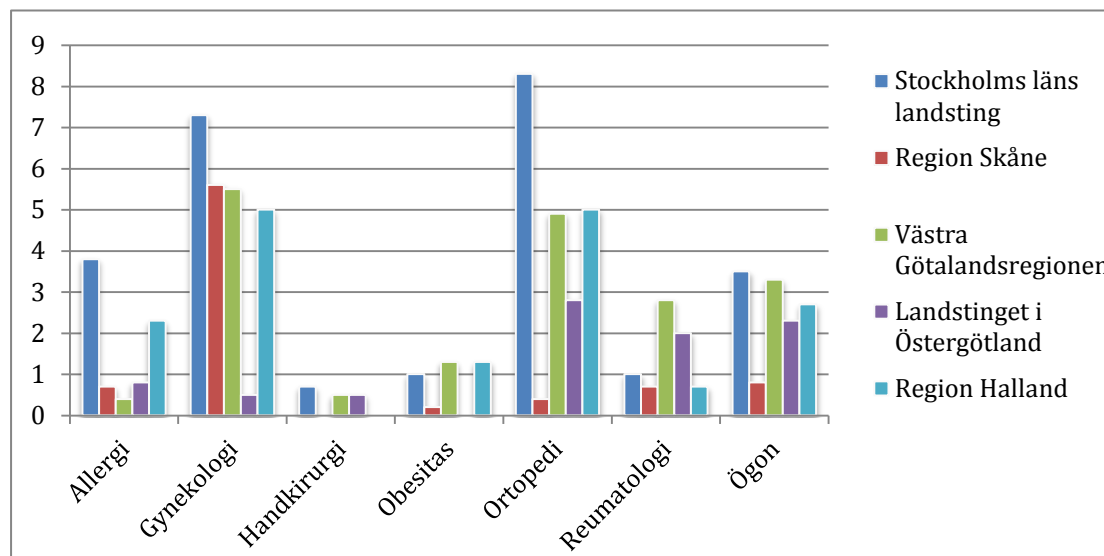
<sup>120</sup> Vårdföretagarna Almega, 2011.

<sup>121</sup> Praktikertjänst, 2011.

<sup>122</sup> Socialstyrelsen, 2009, s. 46.

### 4.3.2 Populära specialistområden i de fem utvalda landstingen

Figur 9 visar antalet kliniker per 10 000 invånare inom respektive specialistområde i de fem utvalda landstingen. I undersökningen har såväl privata som offentligt ägda kliniker valts att tas med för att få en mer överskådlig bild över marknaden och dess konkurrenssituation.



Figur 9: Antal kliniker inom respektive specialistområde justerat utifrån antal invånare i de fem utvalda landstingen

Det landsting som har flest antal specialistkliniker per 10 000 invånare är Stockholms läns landsting. Därefter kommer Västra Götalandsregionen tätt följt av Region Halland. Landstinget i Östergötland har något fler etablerade kliniker per 10 000 invånare än Region Skåne. En fullständig redogörelse för antalet kliniker, landstingen och deras vårdval hittas i Bilaga 7.

Som tydligt framgår i Figur 9 är gynekologi och ortopedi de två områden som har flest etablerade specialistkliniker per 10 000 invånare. Ortopedi ingår i vårdval i Stockholm i form av höft- och knäprotesoperationer. I Skåne ingår barna- och mödravård i vårdval och på dessa kliniker hittas många gynekologer, därav den höga siffran i just detta landsting. Stockholm planerar att införa hela specialistområdet Gynekologi som vårdval under år 2012, barna-, mödra- och förlossningsvård ingår redan.<sup>123</sup>

Efter ortopedi och gynekologi är ögonsjukvård det vanligaste specialistområdet att etablera kliniker inom. Vårdval inom ögonsjukvård har hittills införts i Stockholm och är under utredning i Skåne.<sup>124</sup> Antalet ögonkliniker per invånare är störst i Stockholm.

Det fjärde vanligaste vårdområdet bland de sju som har valts att analyseras är allergi. Allergi är ett kommande vårdval inom Stockholms läns landsting och som syns i Figur 9 finns det flest etablerade allergikliniker per invånare i Stockholm idag.

Handkirurgi och reumatologi är intressanta områden att studera då de precis som vårdvalet inom ortopedi kan behandla artros men till skillnad från ortopedi ännu ej omfattas av något vårdval. Antalet etablerade kliniker inom dessa områden är betydligt

<sup>123</sup> Praktikertjänst, 2011, s. 9.

<sup>124</sup> Praktikertjänst, 2011.



lägre än exempelvis ortopedi. Dock är reumatologi kommande som vårdval i Stockholms läns landsting, men startdatum har blivit framskjutet på grund av oenigheter i definition av erbjudande och ersättningssystem.<sup>125</sup>

Endast Östergötland har infört vårdval inom obesitas och Stockholm planerar att införa det år 2012.<sup>126</sup> Än så länge är det relativt få kliniker som utför fetmakirurgi, även i Östergötland trots införande av vårdval i detta landsting.

#### **4.4 Slutsatser kapitel 4 - Förutsättningarna för privata specialistkliniker i Sverige**

De regioner där etableringen av specialistkliniker är som störst är framförallt inom de mest folktäta landstingen, det vill säga i storstadsområden, där även vårdval är som mest etablerade. Detta beror på det faktum att för specialistkliniker att ha möjlighet att vara ekonomiskt lönsamma krävs att det finns en tillräcklig volym patienter i regionen.

Dessutom har dessa landsting i och med sina införanden vårdval även ett politiskt system som gynnar nyetablering av privata vårdenheter. Vårdval inom primärvården har varit en dörröppnare för nyetableringar med en kraftig ökning av antalet privata aktörer som följd. Med allt fler införanden av vårdval även inom den specialiserade somatiska vården förväntas antalet privata aktörer öka också inom dessa vårdkategorier. I de regioner där vårdval finns eller är på gång kan konstateras att antalet specialistkliniker är fler, med undantag för Östergötland och specialistområdet obesitas. Att just detta vårdval utmärker sig i författarnas undersökning skulle kunna vara att ackrediteringsreglerna för detta vårdval skiljer sig från de andra vårdområdena.

Ytterligare en av drivkrafterna bakom fenomenet specialistkliniker och dess ökande antal kan vara företagsamma läkare som vill slå sig ur den offentliga sektorn för att kunna fokusera på sin specialistkompetens. Exempelvis måste en ortoped som arbetar på ett storsjukhus arbeta med en stor mängd sysslor inom vårdområdet, allt ifrån grundforskning till utbildning av nya läkare, medan en ortoped på en specialistklinik kan fokusera på sitt specifika intresseområde och utveckla en unik specialistkompetens.

De enskilda företagen är många till antalet men den verksamma vårdpersonalen är som tidigare presenterats koncentrerad till de fem stora koncernerna: Capio, Aleris, Carema, Praktikertjänst och Global Health Partner. Detta visar att trots att vårdval gör det lättare för läkare som vill bryta sig loss ur det offentliga genom att etablera nya kliniker är det fortfarande de stora privata vårdkoncernerna som dominerar marknaden för specialistvård i Sverige. Denna tendens kan hänföras till att auktoriseringen för verksamhet inom vårdval ställer högre krav på exempelvis administrativt arbete och öppettider året om, som kan vara svårt för den enskilda företagaren att själv klara av.

---

<sup>125</sup> Moberg, 2011.

<sup>126</sup> Uppdragsguiden, 2011.

## Case 2: Medias påverkan på vårdprivatiseringen i Sverige

---

### Den aktuella debatten kring riskkapitalägda Carema och dess kvalitetsbrister i äldreomsorgen som exempel

I många andra länder är det betydligt vanligare att sjukvården bedrivs av privata aktörer. I Sverige har öppningen av det tidigare helt offentligt hanterade vårdssystemet mötts av både motstånd och uppmuntran. Debatterna som rör effekterna av konkurrensutsättningen och den fria etableringen är fortfarande ett hett diskussionsämne mellan blockgränserna, och likaså bland det svenska folket.<sup>127,128</sup> Just nu rör den aktuella debatten riskkapitalägda vårdkoncernen Carema, men först en liten tillbakablick.

#### Den svenska debatten tar fart

På 1990-talet tog debatten kring eventuell privatisering av vården fart i Sverige. Diskussionerna är starkt ideologisk kopplade och regerande partiers ideologi har varit avgörande i besluten. Det var framförallt landstingen i Skåne och Stockholm som vid denna tid önskade privatisera delar av vården genom att sälja ut de stora sjukhusen på entreprenad. Under borgerlig regering infördes år 1994 vårdreformer för att öka konkurrensutsättningen i branschen. Det blev tillåtet för både husläkare och specialistläkare att etablera sig fritt i hela landet. Reformerna möttes av stort motstånd hos de röda partierna. Då Socialdemokraterna återtog makten några år senare införde de den så kallade *Stopplagen* som förbjöd fler privata aktörer att etablera sig på marknaden. År 2006 kom Alliansen till makten, stopplagen upphävdes och ersattes således av nya lagar som åter öppnade upp hälso- och sjukvårdssystemet för privata aktörer.<sup>129</sup>

#### Riskkapital inom vården

I samband med avslöjandet om kvalitetsbrister på Caremas äldreboende Koppargården hösten år 2011 var debatten om privatisering av vården åter i full gång. Det riskkapitalägda vårdföretaget Carema fick kritik för att de fokuserar på kostnadsbesparingar som leder till undermålig kvalitet med syfte att ägarna ska få ut höga vinster.<sup>130</sup>

Riskkapitalbolag och investmentföretag inom den svenska sjukvården är ett relativt nytt fenomen och en ägarstruktur som är unik för Sverige. De lockas in i branschen då den har en given marknad med en stabil kundkrets. Med ökande vårdbehov i samhället blir skattepengarna en säker inkomstkälla för bolagen.<sup>131</sup> Direktörerna på privata vårdkoncerner tjänar i snitt dubbelt så mycket som motsvarande chefer inom den

---

<sup>127</sup> Kriechbergs et al., 2011.

<sup>128</sup> Öfverberg, 2011.

<sup>129</sup> Anell, 2011.

<sup>130</sup> Isacson, 2011.

<sup>131</sup> Cervenka et al., 2011.

offentliga vården.<sup>132</sup> Om det är denna nya form av ägandeskap som är boven bakom kvalitetsbristerna i vården återstår att svara på.

Jämfört med andra länder i världen är debatten om privat och offentlig vård ovanligt starkt ideologiskt kopplad i Sverige. På kontinenten går diskussionerna istället kring vinstdrivande och icke-vinstdrivande aktörer och vilka skillnader som finns mellan dessa olika typer av aktörer oavsett privat eller offentligt ägande. Anders Anell är hälsoekonom och professor vid Lunds Universitet och forskar om privatiseringens påverkan inom vården. Anell menar att denna skillnad mellan Sverige och övriga länder antagligen beror på att i princip alla länder utanför Norden har en lång tradition av privata aktörer inom vårdsektorn. I Sverige är privata vårdgivare ett nytt fenomen och därför en stor anledning till den stora mediala uppmärksamhet som fallet Carema har fått.<sup>133</sup>

### Effekterna av det mediala inflytandet i Sverige

Det svenska mediasystemet är hårt bevakande i frågor som rör vården, vilket riskerar att bli förödande för det utsatta företaget. Med anledning av debattens starka ideologiska koppling har hela den privata vårdsektorn dragits med i smutskastningen. En orolighet har skapats bland alla privata aktörer på marknaden då politikerns åsikter snabbt kan skifta och kasta om spelreglerna, som hände vid införandet av stopplagen i början på 2000-talet.

Carema har upplevt stora motgångar i och med den senaste tidens eskalerande debatter i media. Vårdgivaren har tvingats att säga upp kontraktet med Koppargården och blivit av med flera avtal sedan vanvården uppdagades.<sup>134</sup> Branschorganisationen Vårdföretagarna Almega diskuterar dessutom om de ska utesluta Carema från förbundet.<sup>135</sup> Riskkapitalbolagen som äger Carema ber om ursäkt och lovar nu att omvandla sina lån till aktiekapital för att de ska kunna betala skatt till Sverige vid eventuell vinst.<sup>136</sup>

Trots detta menar flera experter inom området, däribland nämnda Anders Anell och Marie Reinius som är VD för Svenska Riskkapitalföreningen, att de stora privata koncernerna som ägs av riskkapitalbolag är här för att stanna. Investeringarna är redan gjorda och fokus ligger på att driva verksamheterna mer effektivt, något som riskkapitalbolagen är mycket bra på.

Efterfrågan på sjukvård ökar dubbelt så snabbt som BNP i de flesta europeiska länder till följd av en åldrande befolkning, nya medicinska framsteg och ökade krav på god vård. Även om patienterna har kunnat följa debatterna i media tror inte experterna att Carema och den privata vården kommer att påverkas alltför mycket av detta i det långa loppet.<sup>137</sup>

---

<sup>132</sup> Cervenka et al., 2011.

<sup>133</sup> Anell, 2011.

<sup>134</sup> Dagens Nyheter, 2011.

<sup>135</sup> Vårdfokus, 2011.

<sup>136</sup> Svahn, 2011.

<sup>137</sup> Cervenka et al., 2011.

## 5. Om artros

---

*Detta kapitel handlar om den idag obotliga folksjukdomen artros. Kapitlet förklarar sjukdomens symptom, dess förlopp, vilka som drabbas samt vad denna sjukdom innebär för individ och samhälle. Här beskrivs även de befintliga behandlingar som finns för artrospatienter idag samt behovet av innovationer inom sjukdomsområdet och eventuella nya behandlingsmetoder.*

---

### 5.1 En kostsam rörelseorganssjukdom

Sjukdomar som drabbar rörelseorganen, det vill säga skelett, muskler och leder, är mycket vanliga. En av de vanligaste rörelseorganssjukdomarna är artros. I Sverige klassas dessa typer av besvär som den främsta anledningen till smärta, nedsättning av arbetsförmåga samt långtidssjukskrivning. Konsekvenserna är betydande för såväl individ som samhälle.

För individen medför sjukdomar i rörelseorganen förutom smärta, stelhet och försämrad rörlighet även minskad livskvalitet i form av avlägsnande socialt umgänge och välmående.<sup>138</sup> För samhället innebär sjukdomar i rörelseorganen oerhörda kostnader, såväl direkta kostnader i form av behandlingarkostnader och medicinering som indirekta kostnader, exempelvis produktionsbortfall och förtidspensionering. Uppemot en tredjedel av all sjukskrivning anses bero på rörelseorganens sjukdomar. Den totala samhällsekonomiska kostnaden för artros i Sverige var drygt 12 miljarder SEK år 2001<sup>139</sup> och så mycket som över 50 miljarder år 2009.<sup>140</sup>

Denna sjukdomsgrupps totala inverkan på samhället är så stor att FN och WHO utnämnde årtiondet 2001 till 2010 som *The Bone and Joint Decade*. Detta innebar att en organisation skapades med målet att bland annat främja kostnadseffektiv diagnostik, vård och behandling samt arbeta för ökade forskningsinsatser och satsningar på förebyggande åtgärder inom detta sjukdomsområde.<sup>141, 142</sup>

### 5.2 Definition av artros

Artros är en av vår tids största folksjukdomar och vanligare än både diabetes och hjärtsvikt.<sup>143</sup> Sjukdomen som på engelska benämns Osteoarthritis, från grekiskans *artrosis* som betyder sjuk led, är den vanligaste orsaken till ledbesvär och är idag den dominerande orsaken till fysiskt handikapp i världens industrialiserade länder. Artros är även den vanligaste reumatiska ledsjukdomen.<sup>144</sup>

---

<sup>138</sup> Lidgren et al., 2005.

<sup>139</sup> Thorstensson et al., 2009.

<sup>140</sup> Dahlberg, 2010.

<sup>141</sup> Socialstyrelsen, 2009.

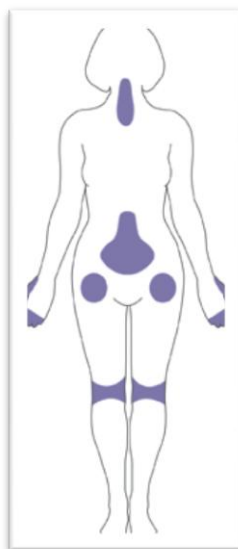
<sup>142</sup> Lidgren et al., 2005.

<sup>143</sup> BOA, 2009.

<sup>144</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

### 5.2.1 Sjukdomsförloppet

Alla leder kan drabbas, men artros är vanligast i hand-, knä- och höftleder,<sup>145</sup> se Figur 10. Sjukdomen orsakar smärta och stelhet i lederna och försämrar med tiden även patientens funktionsförmåga. Artros är en degenerativ sjukdom som innebär att det skapas en obalans mellan nedbrytning och uppbyggnad av ledbrosk vilket leder till bristande funktion i leden.



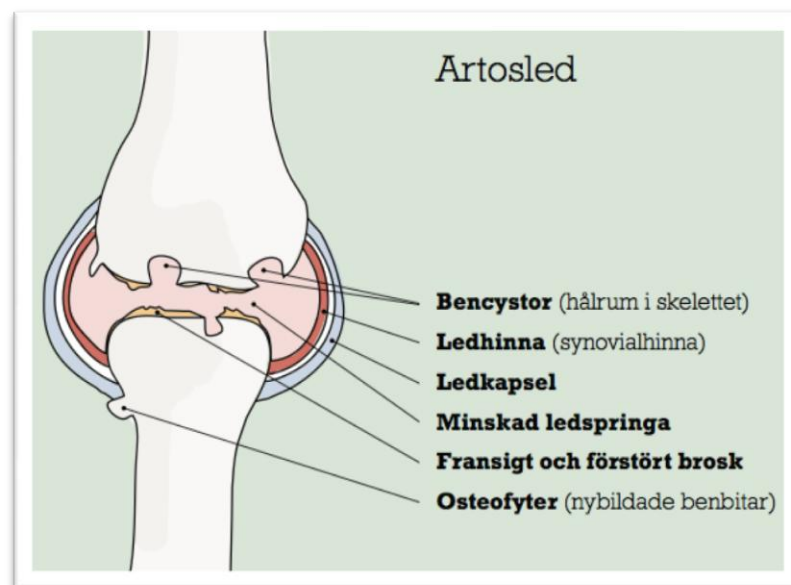
Figur 10: Vanligast drabbade leder

Brosk är ledens viktigaste vävnad och kan liknas vid en glidyta för människans skelett. Ledbrosk täcker ändarna på skelettets ben och dess primära uppgift är att skilja benens ledytor från att komma i direkt kontakt med varandra. Brosket fungerar även som stötdämpare och minskar förslitningen på leden. Vid obalans mellan nedbrytning och uppbyggnad förtunnas ledbrosket vilket är en process som ofta påskyndas av att obalansen börjar på ena sidan av leden. Detta leder i sin tur till snedbelastning och ökad söndernötning av ledbrosket, se Figur 11. Processen fortskrider långsamt och riskerar slutligen att resultera i att ben möter ben vilket orsakar stor smärta för den drabbade artrospatienten. I detta skede finns det ingen annan behandling än att operera bort den skadade leden och ersätta den med en protes.<sup>146</sup>

---

<sup>145</sup> Haglund, 2008.

<sup>146</sup> Reumatikerförbundet, 2009.



Figur 11: Artrosled

### 5.3 Vem får artros?

Det är svårt att uppskatta exakt hur många som lider av sjukdomen då det beror på om man väljer att räknas in röntgendiagnostiserad artros, symptomgivande artros eller båda typer. Enligt Reumatikerförbundet beräknas i Sverige uppemot 700 000 – 800 000 personer lida av sjukdomen. De allra flesta som har symptomgivande artros är äldre och så många som fem procent av Sveriges befolkning mellan 35 och 54 år bedöms ha utvecklad artrosbildning som syns på röntgen.<sup>147,148</sup> Incidensen av symptomgivande artros i världen för personer som är över 60 år uppskattas till 9,6 procent för män och 18 procent för kvinnor.<sup>149</sup>

Hur stort mörkertal som existerar är svårt att uppskatta. Det nationella kvalitetsregistret Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA) menar att många idag felaktigt tror att artros beror på hög ålder, att det inte går att göra någonting åt och därför inte söker vård.<sup>150</sup>

Artros är visserligen vanligare i stigande åldrar, vilket tros bero på det faktum att det inte finns något botemedel mot sjukdomen och att denna fortskrider långsamt.<sup>151</sup> Men, även om de flesta symptom för artros först uppenbaras i äldre åldrar tror man att sjukdomen i de flesta fall härstammar ur en tidig skada. Forskning har bland annat visat att uppemot hälften av alla som drabbas av en meniskskada som ung utvecklar knäartros efter 10-15 år. Eftersom det idag inte finns något botemedel för sjukdomen ackumuleras därför personer med diagnosen i äldre åldrar. Då antalet äldre i samhället väntas öka förväntas även antalet personer som lider av artros att öka.<sup>152,153,154</sup>

<sup>147</sup> BOA, 2009.

<sup>148</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

<sup>149</sup> Tanna, 2004.

<sup>150</sup> BOA, 2009.

<sup>151</sup> Vårdguiden, 2009.

<sup>152</sup> BOA, 2009.

<sup>153</sup> Vårdguiden, 2009.

Sveriges befolkning över 65 år förväntas öka med 24 procent från år 2002 till år 2020.<sup>155</sup> Enligt informationen om den nuvarande artrosincidensen för denna åldersgrupp skulle detta innebära en ökning av antalet artrospatienter på cirka 4 procent under den nämnda 18-årsperioden, vilket motsvarar ungefär 1 500 nyinsjuknade patienter per år i Sverige.

Exakt vad som orsakar artros är idag inte känt. Både män och kvinnor drabbas. Studier visar dock att artros är vanligare hos män i åldersgruppen under 45 år medan det är vanligare för kvinnor i högre åldrar.<sup>156</sup>

De främsta riskfaktorerna för artros uppges vara:<sup>157</sup>

- långvarigt upprepad eller tung belastning på leden
- övervikt
- fysisk inaktivitet
- elitidrott

Det finns även en ärftlighet för artros.<sup>158</sup> En del personer lider av en defekt i generna som styr broskförnyelse vilket leder till snabbare nedbrytning av brosket. Dessa personer som drabbas av artros utsätts därmed för ett påskyndat sjukdomsförlopp.<sup>159</sup>

### 5.3.1 Den obehandlade massan med tidig artros

Trots att artros är en av våra största folksjukdomar är kunskapen om förloppet från det att patienten får symptom till den dag då operation utförs för artros mycket bristfällig och för patienten plågsam då den hälsorelaterade livskvalitén reduceras avsevärt, vilket illustreras av Figur 12 nedan.<sup>160</sup>

Det finns idag inget botemedel för artros. Den behandling som existerar påverkar inte nämnvärt broskförändringarna utan är primärt till för att lindra symptomen. För patienter med svår artros kvarstår i regel behovet av en operation i ett senare skede.<sup>161,162</sup>

---

<sup>154</sup> Läkemedelsverket, 2004.

<sup>155</sup> Klintefelt, 2000.

<sup>156</sup> BOA, 2009.

<sup>157</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

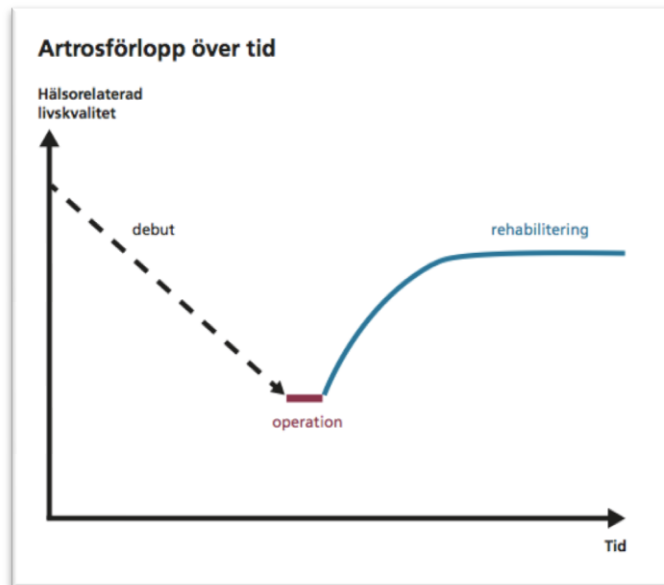
<sup>158</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

<sup>159</sup> Web MD, 2011.

<sup>160</sup> BOA, 2009.

<sup>161</sup> Vårdguiden, 2011.

<sup>162</sup> Ryd, 2011.



Figur 12: Artrosförlopp över tid

Den vanligaste behandlingsmetoden för svår artros är att den drabbade leden, oftast knä- eller höftled, ersätts med en hel- eller halvprotes. Detta ingrepp anses vara aktuellt först då sjukdomsprocessen är långt gången vilket ofta är förknippat med grava smärtor och funktionsnedsättning hos patienten. Då livslängden för en sådan protes är begränsad till cirka 10 – 15 år, och då ett protesbyte innebär en stor operation med lång rehabilitering, är det i första hand äldre patienter som får denna behandling, se även kapitel 5.4.4.6. Detta faktum innebär att endast en liten del av de personer som lider av artros opereras, och att det idag inte finns någon adekvat behandling för alla de yngre personer som lider av artros.<sup>163</sup> Denna stora patientgrupp benämns i detta examensarbete som den obehandlade massan med tidig artros.

## 5.4 Behandling

Även om det inte finns något botemedel för patienter som lider av artros finns det flera olika behandlingsmetoder för att diagnostisera sjukdomen och dämpa de besvärande symptomen. Viss, Stockholms läns landstings informationsbank, har fastställt att artrosutredning och medicinsk behandling ska ske i primärvården och endast för specifika patienter eller tillstånd remitteras till specialistläkare inom ortopedi.<sup>164</sup> Anledningen till att artros enligt Viss bör behandlas i primärvården är för att den evidens som finns tyder på att artros behandlas bäst med träning och information.<sup>165</sup>

### 5.4.1 Diagnostisering

Då en patient kommer till en mottagning med misstänkt artros finns flera olika sätt att fastställa diagnosen.

<sup>163</sup> Ryd, 2011.

<sup>164</sup> Viss, 2010.

<sup>165</sup> Dahlberg, 2011.



#### **5.4.1.1 Klinisk undersökning**

Socialstyrelsens riktlinjer fastslår att diagnostisering av artros skall ske med klinisk undersökning som innebär att patienten med misstänkt artros blir undersökt av en allmänläkare. Först vid eventuella tvetydigheter i diagnostiseringen bör röntgen användas. Även Reumatikerförbundet förebådar att det i regel räcker med symptom och undersökning av läkare för att ställa diagnosen för artros. Många patienter som lider av artros är därför, i enighet med Socialstyrelsens riktlinjer, enbart kliniskt diagnostiserade. Denna diagnostisering sker i regel hos primärvården och den främsta behandling som ordinerar är primärt fokuserad på smärtlindring och förbättring av muskelfunktionen.<sup>166,167,168</sup>

#### **5.4.1.2 Röntgen**

Brosk syns inte på röntgen men däremot kan skillnader i avståndet mellan ledytorna identifieras vilket innebär att brosket minskat. Röntgendiagnostiseringen säger i princip ingenting om patientens upplevda besvär. Ungefär hälften av de som har smärtor på grund av sin artros påvisar inte några röntgenförändringar och tvärtom, hälften av de som faktiskt påvisar artros vid röntgen har inte ont. Ett dilemma med artros är att det är först vid långt gångna artrosförändringar som sjukdomen kan påvisas med röntgen vilket innebär att när broskförändringarna är synliga på röntgen så har sjukdomen pågått under många års tid och brosket är redan väldigt skadat. Experter inom området letar intensivt efter nya metoder för att tidigare kunna upptäcka artros.<sup>169,170,171</sup>

#### **5.4.1.3 Magnetrontgen**

En möjlig metod för tidig diagnostisering av artros är med hjälp av magnetkamera, så kallad magnetrontgen (MR), som är överlägsen mot vanlig röntgen för att påvisa förändringar i led vävnaden. En nackdel med att använda magnetkamera för att upptäcka artros är att metoden riskerar att identifiera förändringar i vävnaden som felaktigt hänförs till artros då exempelvis knäartros lätt kan förväxlas med en meniskskada, vilket i sin tur kan leda till att felaktig behandling rekommenderas.<sup>172</sup>

### **5.4.2 Icke-kirurgisk behandling**

Efter att patienten har fått diagnosen artros finns olika sätt att behandla sjukdomen på. De patienter som inte kvalificerar för en operation, det vill säga inte har tillräckligt långt gången artros eller är tillräckligt långt till åren komna, remitteras vanligtvis någon form av icke-kirurgisk behandling för att lindra sina smärtor.

#### **5.4.2.1 Sjukgymnastik**

Sjukgymnastik och rehabilitering är icke-kirurgiska behandlingar och utgör de vanligaste metoderna för behandling av artros. Ofta är sjukgymnastik också den första behandlingen som ordinerar av allmänläkare vid patientens första besök i primärvården. Orsaker till att patientens broskskador förvärras kan bland annat vara

---

<sup>166</sup> BOA, 2009.

<sup>167</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

<sup>168</sup> Vårdguiden, 2011.

<sup>169</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

<sup>170</sup> BOA, 2009.

<sup>171</sup> Haglund, 2008.

<sup>172</sup> Dahlberg, 2011.

svag muskulatur runt leden vilket leder till felbelastning. En sjukgymnast kan hjälpa till att korrigera detta och stärka muskulaturen med hjälp av fysisk aktivitet.<sup>173</sup>

Sjukgymnastik kan minska symptom genom att bygga upp muskulatur kring leden men kan inte göra så att broskförslitningen upphör eller avstannar. Så länge artrospatienten kan fortsätta med sin sjukgymnastik kan smärtorna stillas men då patienten når en viss ålder och inte orkar hålla igång längre bryter ofta symptomen ut igen.<sup>174,175</sup> Således är detta endast en smärtlindrande behandling i väntan på långt gånge artros för att kvalificeras till en operation.

#### 5.4.2.2 Artrosskola

Senare års forskning om artros har visat att träning ger positiv inverkan på brosk, funktion, symptom och livskvalitet för patienter som lider av artros. På initiativ av sjukgymnaster och arbetsterapeuter utformades en så kallad Artrosskola med syfte att undervisa patienter i hur träning kan användas som behandlingsmetod.<sup>176</sup>

Exempelvis bedrivs Artrosskola i BOAs regi av sjukgymnaster och arbetsterapeuter på olika kliniker runt om i landet av dessa professioner med gedigen kunskap och erfarenhet från artrosområdet. Hos BOA innefattar artrosskolan minst tre teoritillfällen hos sjukgymnast eller arbetsterapeut där patienten informeras om vad artros är, tänkbara riskfaktorer, tillgänglig behandling samt egenvårdstips. Tanken är även att artrospatienter ska utbildas för att kunna undervisa andra patienter.<sup>177</sup>

#### 5.4.2.3 Farmakologisk behandling

Syftet med att ge artrospatienter farmakologisk behandling i form av läkemedel är för att lindra patientens smärta och förbättra dennes fysiska hälsa. Precis som tidigare nämnda behandlingsmetoder påverkar läkemedel således inte sjukdomsförloppet utan är endast inriktat på symptomlindring.

I första hand är det receptfria läkemedel som paracetamol samt icke-inflammatoriska läkemedel, även kallade *non-steroidal anti-inflammatory drugs* (NSAID), som rekommenderas.<sup>178</sup> Framförallt då stora leder som höfter eller knän är drabbade av artros kan akut smärta och svullnad förekomma. Detta kan kortsiktigt även behandlas med kortisoninjektioner.<sup>179</sup>

Övriga läkemedel såsom glukosamin och hyaluronan, en typ av tuppkamsextrakt, används i begränsad utsträckning då den specifika smärtstillande effekten är väldigt liten. Av denna anledning har Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV), den statliga institution som har till uppgift att besluta om läkemedel ska subventioneras av

---

<sup>173</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

<sup>174</sup> Ryd, 2011.

<sup>175</sup> Ringertz, 2011.

<sup>176</sup> Ekvall Hansson et al., 2008.

<sup>177</sup> BOA, 2011.

<sup>178</sup> Läkemedelsverket, 2004.

<sup>179</sup> Reumatikerförbundet, 2011.

samhället, beslutat att upphäva de statliga subventionerna för denna typ av läkemedel.<sup>180,181</sup>

#### **5.4.4 Kirurgisk behandling**

Endast i de fall som adekvat icke-kirurgisk behandling med sjukgymnastik och läkemedel ej givit tillfredställande resultat bör kirurgisk behandling övervägas.<sup>182</sup> Här presenteras ett antal olika kirurgiska behandlingar där det är framförallt symtomens svårighetsgrad som styr valet av kirurgisk åtgärd. De läkare som utför kirurgiska behandlingar på artrospatienter med broskskador i knä- eller höftleder är uteslutande specialiserade ortopedier.

##### **5.4.4.1 Artroskopi**

Artroskopi, även kallat ortopedisk titthålsoperation, är en mindre invasiv operation till skillnad från öppna operationer. Denna behandlingsmetod kan användas för att diagnostisera och även direkt åtgärda eventuella skador i många av kroppens leder.

Metoden utförs av en ortoped och innebär att ett tunt metallrör med en videokamera i spetsen förs in i leden, varpå ortopedkirurgen kan analysera insidan av leden på en bildskärm. Därefter görs små ingrepp i form av stickhål. Små instrument förs sedan in igenom hålen för att anså leden. Artroskopi lämpar sig framförallt för menisk- och korsbandsskador och främst för mindre broskskador. Därmed är artroskopi inte direkt någon behandlingsmetod utan används snarare som diagnostisering för artros.<sup>183</sup>

Eftersom detta är en dyr diagnostiseringsmetod används den inte primärt för att diagnostisera artros. Istället kan denna metod ses som en indirekt diagnostisering av artros i de fall där läkare artroskoperar med misstanke att patienten har en menisk- eller korsbandsskada och det visar sig att personen även har en artrosskada.

##### **5.4.4.2 Mikrofrakturering**

Mikrofrakturering är en behandling som innebär att en ortoped skalar bort brosk från det skadade området och borrar ett antal små hål i den underliggande benplattan. Dessa små hål in till mörgrummet gör att knäet får en ökad tillförsel av benmärgsceller vilket leder till ökad regenerering av brosk. Mikrofrakturering är idag den vanligaste metoden för behandling av mindre broskskador i knäleden. Den största nackdelen med metoden är att behandlingen har begränsade långtidsresultat samt att metoden enbart lämpar sig för mindre broskskador.<sup>184</sup>

##### **5.4.4.3 Mosaikplastik**

Mosaikplastik är en typ av brosktransplantation som innebär att kuber av brosk och ben stansas ut från en frisk, mindre belastad yta och implanteras i det skadade området. Dess huvudsakliga användningsområde är andra typer av knäskador men metoden används i vissa fall även för att behandla artros i knäleden. Metoden har fått sitt namn efter det mosaikliknande mönster som formas av de transplanterade ben- och brosktuberna, se Figur 13. Mosaikplastik är tekniskt mycket utmanande och

---

<sup>180</sup> Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, 2009.

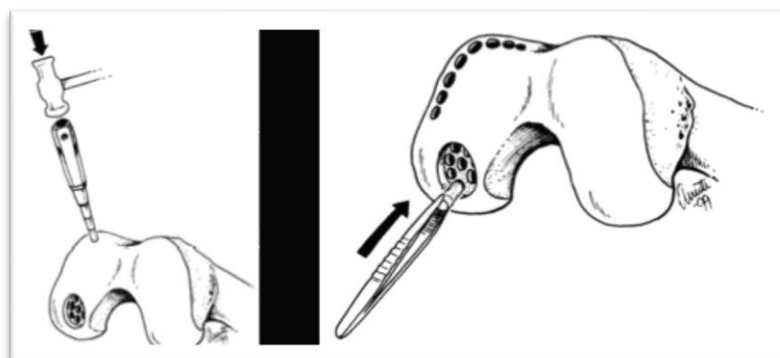
<sup>181</sup> Dahlberg, 2011.

<sup>182</sup> Dahlberg, 2011.

<sup>183</sup> Forssblad, 2011.

<sup>184</sup> Episurf, 2010.

tidskrävande för ortopederna som utför den här typen av operationer. En nackdel med metoden är dessutom att den kräver lång rehabilitering.<sup>185,186</sup>



Figur 13: Mosaikplastik

#### 5.4.4.4 Omvinklingsoperation

För unga personer som lider av broskförslitning som är huvudsakligen lokaliserad på enbart in- eller utsidan av knäet kan en omvinklingsoperation, även kallat osteotomi, utföras. Metoden innebär att ortopederna vinklar om benet varpå belastningen förflyttas från skadad till frisk ledyta. Avlastning av den skadade ledytan är enbart symtomlindrande och botar ej den befintliga broskskadan. Metoden syftar huvudsakligen till att skjuta fram behovet av protes.<sup>187,188</sup>

#### 5.4.4.5 Broskcellstransplantation

Broskcellstransplantation är en relativt ny metod för att behandla artros, framtagen av Gothenburg Medical Center.<sup>189</sup> Metoden innebär en operation där friska broskceller transplanteras från patienten för vidare odling i laboratorium under cirka två veckors tid. Efter detta injiceras de framodlade broskcellerna i det skadade ledbrusket vid en andra operation. Broskcellstransplantation anses kunna behandla patienter med tidiga, mindre broskskador med syfte att förebygga vidare broskförslitningar. Dock bedöms metoden fortfarande vara experimentell och det saknas tillräckliga bevis på att det återskapade brosket bibehåller en hållbar ledyta. Dessutom kräver metoden två operationer och medför lång rehabilitering för patienten.<sup>190</sup> En ytterligare nackdel är att metoden är väldigt dyr.<sup>191</sup>

#### 5.4.4.6 Knäprotesoperation

Knäprotesoperation kallas även knäplastik eller knäledsplastik och är den vanligaste behandlingen för långt gången artros i knäleden. Förbättringen av livskvalitet för patienten samt möjligheten att utföra protesoperationer på ett kostnadseffektivt sätt

<sup>185</sup> Olsson, 2011.

<sup>186</sup> Borgström, 2006.

<sup>187</sup> S:t Görans Sjukhus, 2009.

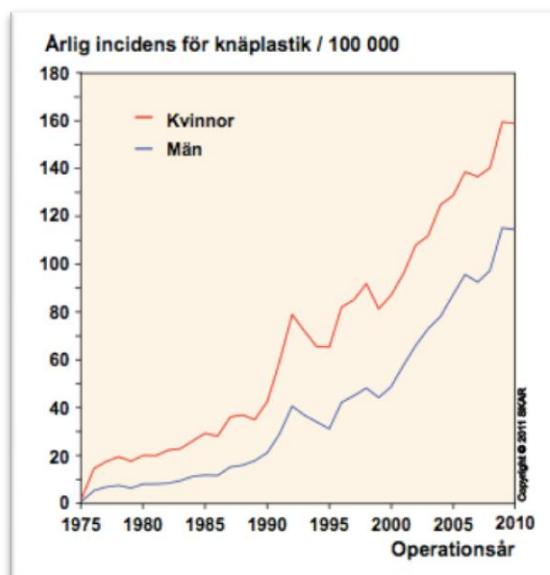
<sup>188</sup> Landstinget i Kalmar Län, 2011.

<sup>189</sup> Borgström, 2006.

<sup>190</sup> Borgström, 2006.

<sup>191</sup> Ringertz, 2011.

har lett till mycket kraftig ökning av antalet årliga operationer. I Sverige utfördes år 2010 hela 12 800 primära knäprotesoperationer vid 79 olika klinker. Incidensen för knäprotesoperationer har ökat stadigt sedan slutet på 80-talet och är idag uppe i nivåer på cirka 150 personer per 100 000 invånare, se Figur 14. Incidensen för knäplastikoperationer per antal invånare i Sverige är dock fortfarande lägre än i många andra länder, exempelvis USA och Tyskland.<sup>192</sup>



Figur 14: Årlig incidens för knäplastik, Sverige, per 100 000 invånare

En knäprotesoperation innebär att den skadade leden avlägsnas och ersätts av en protes som är gjord av stål eller plast. Det finns två typer av protesoperationer; halvprotes, även kallad uniprotes, respektive helprotes.

För en del patienter med knäledsartros är brottskadan primärt på insidan av leden, varpå en uniprotes kan opereras in som enbart ersätter den inre ledytan. Uniproteser är vanligare för patienter under 65 år, se Figur 15. Helprotesoperationer utförs istället vid kraftig förslitning av hela knäet. Vid denna operation ersätts båda ledytan. Helprotesoperationer utförts huvudsakligen på äldre personer, även om medelåldern har sjunkit något sedan 1995 så var för år 2010 medelåldern för primäroperation 69 år. Preferensen för äldre personer till denna behandlingsmetod har till stor del att göra med livslängden på proteserna samt komplikationer vid protesrevision, det vill säga byte av utsliten protes. Enligt Läkemedelsverket är funktionstiden för höft- och knäproteser 90 procent efter 10 år.<sup>193,194,195</sup>

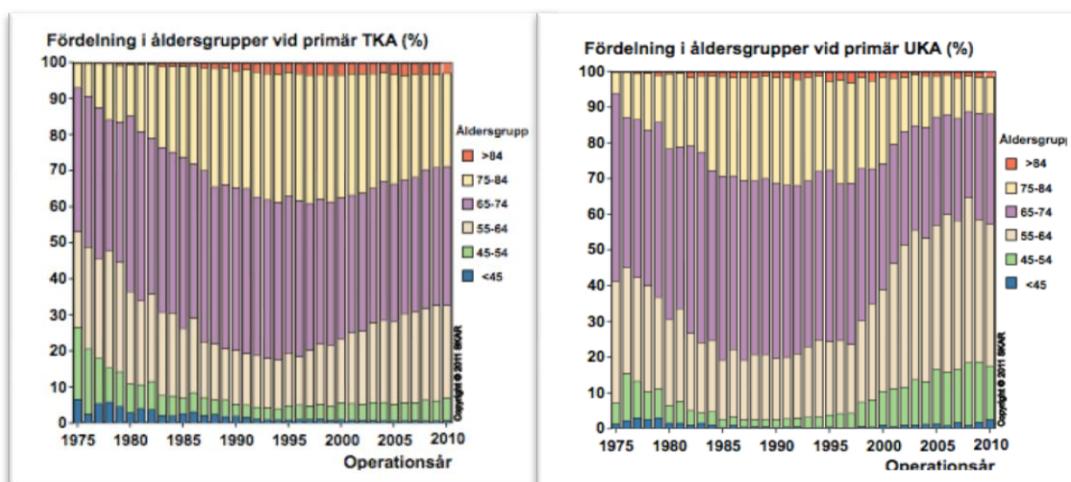
<sup>192</sup> Svenska Knäprotesregistret, 2011.

<sup>193</sup> Läkemedelsverket, 2004.

<sup>194</sup> Svenska Knäprotesregistret, årsrapport 2011

<sup>195</sup> Karolinska Universitetssjukhuset, 2010.

Som Figur 15 och 16 visar är det endast en bråkdel patienter som är yngre än 54 år som har opererat in en knäprotes i Sverige. Majoriteten av dessa opereras då med uniprotes. 70 procent av de som opereras in en helprotes är i åldrarna 65 och uppåt.<sup>196</sup>



Figur 15: Fördelning i åldersgrupper - helprotes (knä) Figur 16: Fördelning i åldersgrupper - halvprotes (knä)

#### 5.4.5 Kvalitetsregister i Sverige

Problemet med dagens behandlingsmetoder som inte utgörs av en protesoperation är att även om dessa fungerar tillfredsställande, åtminstone på kort sikt, så saknas tillräckliga studier som visar på långsiktig effekt. I en studie från *Journal of Bone and Joint Surgery* där mikrofrakturering, mosaikplastik och broskcellstransplantation har studerats visades att ingen av metoderna fungerar bättre än de andra. Oavsett behandlingsmetod upplevde patienterna en kortsiktig förbättring i 80 procent av fallen.<sup>197</sup>

Något som talar för utvecklingen av nya såväl som befintliga behandlingsmetoder i Sverige är den stora satsningen på nationella kvalitetsregister som är ett system för uppföljning och utveckling av behandlingsresultat. Det är mycket svårt att systematiskt utveckla vården utan ett välutvecklat uppföljningssystem. Sverige har ett välutbyggt kvalitetsregister i jämförelse med många andra länder vilket ger en unik möjlighet att utveckla kvaliteten i vården, framförallt tack vare individbundna uppföljningar kring problem och diagnos, insatta åtgärder och resultat över tid. Detta nationella kvalitetsregister infördes redan år 1973 och för närvarande finns 89 register i drift inom olika vårdområden, exempelvis Svenska Knäprotesregistret där samtliga 79 kliniker som utför knäprotesoperationer i landet deltar.<sup>198,199</sup>

Mellan åren 2012 och 2016 planerar regeringen och landstingen en stor ekonomisk satsning på att utveckla Sveriges kvalitetsregister ytterligare. Denna satsning är framförallt gällande samordning av de olika krafterna som styr, bland annat teknik,

<sup>196</sup> Svenska Knäprotesregistret, årsrapport 2011

<sup>197</sup> Läkartidningen, 2006.

<sup>198</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2010.

<sup>199</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2011.

informatik, juridik och datakvalitet.<sup>200</sup> I takt med att allt fler register införs stärks Sveriges förutsättningar att utveckla innovativa behandlingsmetoder för artros då kunskapen kring olika metodens utfall ökar.

## 5.5 Innovationer och nya behandlingsmetoder

Med dagens nya teknik och pågående innovationsskapande står alla industrier inför potentiell kostnadseffektivisering och förnyelse. Hälso- och sjukvårdsbranschen som helhet har under en lång tid haft brist på innovationer i affärsmodellen, och är fortfarande en relativt dyr och otillgänglig bransch.<sup>201</sup>

### 5.5.1 Disruptive innovations i hälso- och sjukvårdsbranschen

För att kunna utforma vårdssystem som är högkvalitativa, kostnadseffektiva och tillgängliga för alla krävs, enligt läkare Jason Hwang och ekonomiprofessor Clayton Christensen (2007), så kallade *disruptive innovations*. Detta är omvälvande innovationer som driver kostnadseffektivisering och som har lyckats öka lönsamheten och tillgängligheten för kunder inom många andra branscher.<sup>202</sup>

Som diskuterats i inledningen till detta kapitel är hälso- och sjukvårdsbranschen förknippad med enorma samhällskostnader som dessutom förväntas öka med den allt åldrande befolkningen. En av anledningarna till att disruptive innovations hittills har lyst med sin frånvaro i denna bransch är de regulatoriska barriärer som finns för att hindra att alltför stort fokus läggs på vinster. Enligt Hwang och Christensen (2007) är det akutsjukdomar som skulle kunna gynnas mest av disruptive innovations då dessa sjukdomar är mycket komplexa och kostsamma. Nya effektiva rutiner och omvälvande tekniska innovationer har stor potential att sänka kostnaderna och öka tillgängligheten inom dessa områden. Hwang och Christensen menar att kostnadsstruktur och tillgänglighet skulle kunna förbättras även på marknaden för sjukdomar med planerbara operationer, dock är processerna inom dessa kroniska sjukdomarnas vårdkedjor redan relativt standardiserade och priserna kommer därför inte att kunna sänkas lika mycket inom dessa vårdområden som inom akutvården.<sup>203</sup>

#### 5.5.1.1 Disruptive innovations – ett svenskt exempel

Ett exempel på en disruptive innovation som skulle kunna appliceras inom standardiserade, planerbara operationer är att till exempel låta utbilda sjuksköterskor till att utföra operationerna. Drivkrafterna bakom detta är att frigöra specialtläkare som då istället kan fokusera på de mer komplicerade fallen, och samtidigt öka tillgängligheten då fler patienter kan tas emot. Ett exempel på detta i Sverige är den nischade specialistvårdskoncernen Global Health Partner, som har börjat utbilda sjuksköterskor i att genomföra så kallade gastric by-pass operationer. Utfallet har varit mycket positivt både operationellt kvalitetsmässigt men även skapat nöjdhet hos patienterna. Sjuksköterskorna är stolta över det ökade ansvaret. Även läkarna på

---

<sup>200</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2011.

<sup>201</sup> Jason et al., 2007.

<sup>202</sup> Hwang et al., 2007.

<sup>203</sup> Hwang et al., 2007.



kliniken uppskattar detta nya arbetssätt, trots visst upplevt motstånd från övriga läkarkåren.<sup>204</sup>

Tyvärr kan svensk sjukvård anses aningen konservativ och motvillig inför nya idéer och innovationer på grund av organisatorisk tröghet i branschen. Vårdindustrin vill gärna främja förebyggande vård och kräver åtskilliga bevisade studier innan någon ny innovation kan investeras i. Detta medför att det tar tid att få fram ny kunskap och att förmedla denna.

### 5.5.2 Episurf – individanpassade implantat

Stockholmsbaserade Episurf grundades år 2007. Företaget har en vision om att behandla tidig artros hos patienter som är mellan 35 och 65 år och som idag anses vara för unga och aktiva för en knäprotesoperation. Företaget menar att eftersom brosk saknar förmågan att läka börjar en ond cirkel för de tidiga broskskador som inte behandlas. Detta då redan slitet brosk medför än större slitage, vilket med tiden utvecklas till svårare artros som kräver större ingrepp för att behandlas.<sup>205</sup>

Episurf tillverkar små implantat som kallas *Episealer* och som utformas utifrån patientspecifika datortomografier, så kallad skiktröntgen och/eller magnettröntgen. Genom att forma varje implantat efter patients unika anatomi och broskskada kan Episurf återskapa en jämn ledyta som förhindrar vidare slitage och på så sätt stoppar tidiga broskskador från att utvecklas till artros.<sup>206</sup>

### 5.5.3 Arthrosurface – individanpassade implantat

Arthrosurface grundades år 2001 i Massachusetts i USA. Företaget arbetar med att ta fram alternativa kirurgiska behandlingar för broskdefekter och ledproblem såsom artros. I likhet med Episurf ligger fokus primärt på patientgrupper i åldrarna 35 år och uppåt som söker efter en hållbar behandling för att undvika fortsatt smärta.<sup>207</sup>

Företaget fokuserar på minimalinvasiv kirurgi för behandling av broskskador i knä, höft, tå och axel och tillverkar idag individanpassade implantat som kallas *HemiCAP*. Dessa implantat behandlar enbart den skadade delen av leden och bevarar övriga delar av ben och vävnad. På sin hemsida skriver Arthrosurface att många kirurger liknar deras produkter vid rotfyllning av en tand. Företagets produkter används idag av över 3000 kirurger i över 25 länder.<sup>208</sup>

### 5.5.4 Smith & Nephew – cylindrisk plugg som reparerar broskskador

Smith & Nephew är Storbritanniens största medicintekniska bolag med en omsättning på drygt 4 miljarder dollar. Företaget tillverkar bland annat en produkt som kallas *TruFit BGS Plug* som är en cylindrisk plugg för att fylla igen skador i brosk och ben. Produkten tillverkas av ett kompositmaterial med en porös struktur som efterliknar benets naturliga uppsättning. Dess hydrofila egenskaper gör att pluggen fungerar som en byggställning för absorption av benmärg och broskceller. Den cylindriska pluggen sätts

---

<sup>204</sup> Båtelsson, 2011.

<sup>205</sup> Episurf, 2011.

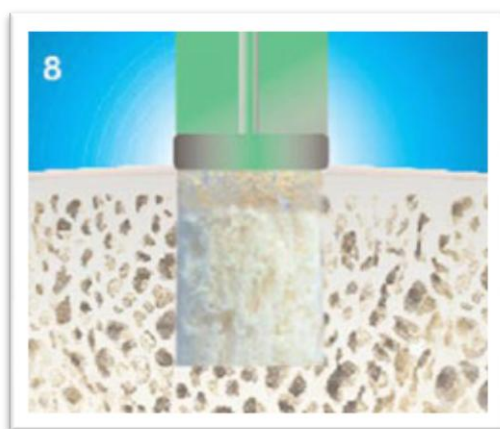
<sup>206</sup> Episurf, 2011.

<sup>207</sup> Arthrosurface, 2011.

<sup>208</sup> Arthrosurface, 2011.



på plats med minimalinvasiv kirurgisk behandling. Produkten lämpar sig för tidig behandling av mindre broskskador. Pluggen upplöses helt efter 6-9 månader. I dagsläget finns dock ej någon fastställd klinisk säkerhet för reparation av broskskador.<sup>209</sup>



Figur 17: Smith & Nephew cylindrisk plugg

### 5.5.5 TiGenix – individanpassad biologisk behandling

Det belgiska företaget TiGenix grundades år 2000 och arbetar med vad de benämner "living medicine". Bolaget har än så länge en produkt på den europeiska marknaden; *Chondro-Celect*. Detta är en biologisk behandlingsmetod för broskförnyelse i knäleden där patientens egna celler används som grund för ett individanpassat läkemedel för broskförnyelse. Produkten kommersialiserades år 2010 efter att ha erhållit CE-märkning<sup>210</sup> år 2009. Idag har företaget ett flertal produkter under utveckling, bland annat individanpassade biologiska läkemedel riktade specifikt mot att behandla artros och reumatoid artrit.<sup>211,212</sup>

## 5.6 Stora avstånd mellan aktörerna på marknaden

Det finns i dagsläget inget botemedel mot artros och heller inga tydligt bevisade orsaker till varför sjukdomen bryter ut och vad smärtan beror på. Det finns många olika symptomlindrande metoder men det saknas studier som visar på långvariga effekter av dessa. Flera av de kirurgiska behandlingar som finns är dessutom väldigt kostsamma och kräver lång rehabilitering. Detta har medfört att ortopederna ofta drar sig från att rekommendera patienter dessa typer av behandlingar som kan genomföras på ett tidigare stadium i artrossjukdomens förlopp. För patienterna innebär detta att tidsspannet från diagnostisering, som i vissa fall sker redan vid 35-års ålder, till en protesoperation, där medelåldern är 69 år, är långt och smärtsamt.

Det finns potential för de nya innovativa behandlingsmetoderna som har beskrivits i detta kapitel men ett problem är att forskningen kring en del av dessa metoder främst

<sup>209</sup> Smith & Nephew, 2011.

<sup>210</sup> CE = Conformité Européenne. I överensstämmelse med EG-direktiven får produkter med CE-märkning säljas i EES-området.

<sup>211</sup> TiGenix, 2011.

<sup>212</sup> TiGenix, 2011.

bygger på antaganden om vilka orsaker som ger upphov till artros. För att kunna ta fram botemedel krävs en djupare förståelse kring sjukdomen, dess uppkomst och vilka behandlingar som ger bäst effekter. Sveriges kvalitetsregister över patienter som har genomgått knäprotesoperationer skulle kunna användas bättre av företag som utvecklar nya behandlingsmetoder för att erhålla den förståelse som idag saknas.

Det krävs även ett samförstånd mellan forskande företag och opererande enheter. Det finns idag en djupt rotad tradition i vilka behandlingsmetoder som används inom professionen ortopedi vilket kan vara en betydande barriär i mottagandet av nya innovativa metoder. Med ökat samarbete kan ortopederna känna ett större ägandeskap i den nya tekniken och bli mer villiga att anamma innovationerna.

Utan rimlig ersättningsmodell kommer innovationerna dock aldrig att kunna genomföras vilket gör det politiska systemet och landstinget till den avgörande beslutsfattaren. Genom att involvera politiker på ett tidigt stadie genom att visa på de stora samhällsekonomiska vinster som finns att hämta ökar chanserna att kommersialisera de nya innovativa behandlingsmetoderna. I dagsläget är avstånden mellan de olika aktörerna på marknaden för stora.

## 6. Specialistkliniker inom ortopedi

*Detta kapitel redogör för affärsmodellerna hos befintliga specialistkliniker inom ortopedi som behandlar knäartrospatienter i Stockholms läns landsting. De största aktörerna inom området har valts ut och analyserats. Kapitlet avslutas med ett case som beskriver hur artros behandlas utomlands och vad som skiljer denna behandling mot den svenska.*

För att kartlägga de största privata specialistkliniker som är verksamma inom ortopedi och behandlar knäartrospatienter i Stockholms läns landsting har en enkätundersökning skickats ut till verksamhetsansvariga för de utvalda klinikerna. Frågorna till enkätundersökningen hittas i Bilaga 3. Då klinikerna har svarat på enkätundersökningen anonymt redovisas genom kapitlet en sammanställning av svaren som förväntas vara en generalisering av hur denna typ av ortopedkliniker arbetar i Stockholmsområdet. Tyvärr var svarsfrekvensen från denna enkätundersökning betydligt svagare än förväntat, fakta i detta kapitel har därför kompletteras med information från de olika klinikernas hemsidor samt expertintervjuer, som refereras till löpande i texten.

### 6.1 Presentation av klinikerna och deras erbjudande

De fyra största privata specialistklinikerna inom ortopedi i Stockholm är Ortopediska Huset, OrthoCenter, Ortopedmottagningen på Sabbatsbergs sjukhus och Ortopedkliniken på S:t Görans sjukhus. Till denna analys har även Artro Clinic valts att inkluderas eftersom denna klinik utför flertalet av de behandlingsmetoder som tas upp i kapitel 5, trots att artrospatienter inte tillhör klinikens primära patientgrupp.

I Tabell 7 redogörs för de fem analyserade specialistklinikerna och deras ägare.

Ortopedisk specialistklinik	Ägare
Ortopediska Huset	Carema
OrthoCenter Stockholm	Global Health Partner
Ortopedmottagningen Sabbatsbergs sjukhus	Aleris
Ortopedkliniken S:t Görans sjukhus	Capio
Capio Artro Clinic	Capio

**Tabell 7. Privata specialistkliniker inom ortopedi i Stockholms läns landsting**

Som kan utläsas ur Tabell 7 tillhör samtliga specialistkliniker någon av de dominerande privata vårdkoncernerna som tas upp i kapitel 4. Faktum är att samtliga av de totalt elva privata vårdenheter som har auktoriserats för vårdval inom höft- och knäprotesoperationer i Stockholms läns landsting tillhör någon av de större

vårdkoncernerna. Övriga enheter som har auktoriserats är uteslutande stora, offentligt ägda landstingssjukhus.<sup>213</sup>

### 6.1.1 Ortopediska Huset

Ortopediska Huset är ett helägt dotterbolag till Carema och är en av landets största enheter för ortopedisk kirurgi. Kliniken har två vårdavdelningar, där en av vårdavdelningarna primärt utför polikliniska operationer medan den andra vårdavdelningen utför större operationer. Kliniken kan genom hög volym tillsammans med subspecialisering erbjuda ledande kompetens inom huvudsakligen höft- och knäprotesoperationer, men utför även korsbandsoperationer, axel- och fotkirurgi samt artroskopi för behandling av idrottsskador.<sup>214,215,216</sup>

### 6.1.2 Ortho Center Stockholm

Ortho Center Stockholm är ett privatägt företag som har varit verksamt på Löwenströmska sjukhus i Upplands Väsby sedan år 1997. År 2007 köptes företaget upp av Global Health Partner.<sup>217</sup> Precis som på Global Health Partners alla andra nischade specialistkliniker är Ortho Centers ägande ett partnerskap mellan moderbolaget och överläkare på kliniken.<sup>218</sup>

Klinikens verksamhet är helt inriktad på ortopedi. På Ortho Center Stockholm arbetar ortopedier med kompetens inom huvudsakligen höft- och knäplastik, artroskopiska operationer av knäleder, hand- och fotkirurgi, axeloperationer samt korsbandsoperationer. Dessutom arbetar anestesiloger med pre operativ bedömning och bedövning under operation.<sup>219</sup>

Ortho Center erbjuder i huvudsak operationer för patienter som lider av artros och är i behov av en ny höft- eller knäled. Hela 95 procent av patienterna som vårdas på Ortho Centers vårdavdelning har genomgått höft- och knäprotesoperation, en stor volym som gör kliniken till en av de tio största inom detta vårdområde i Sverige.<sup>220</sup>

### 6.1.3 Ortopedmottagningen på Sabbatsbergs sjukhus

Ortopedmottagningen på Sabbatsbergs sjukhus är en specialiserad klinik som ägs av vårdkoncernen Aleris. Kliniken erbjuder höft- och knäprotesoperationer, de behandlar även patienter med problem i axel, rygg, ben och fot samt idrottsrelaterade skador mot remiss från husläkare.<sup>221</sup>

### 6.1.4 Ortopedkliniken på S:t Görans sjukhus

På Capiöägda S:t Görans Sjukhus hittas Ortopedkliniken. Ortopedkliniken bedriver förutom elektiv (planerbar) ortopedisk kirurgi även omfattande verksamhet inom akut

---

<sup>213</sup> Skarbøvik, 2011.

<sup>214</sup> Carema Sjukvård, 2011.

<sup>215</sup> Carema Sjukvård, 2011.

<sup>216</sup> Ortopediska Huset, 2011.

<sup>217</sup> Ortho Center Stockholm, 2010.

<sup>218</sup> Båtelsson, 2011

<sup>219</sup> Ortho Center Stockholm, 2010.

<sup>220</sup> Ortho Center Stockholm, 2010.

<sup>221</sup> Aleris, 2009.

ortopedi. Fördelat på tre avdelningar är Ortopedkliniken vid S:t Görans Sjukhus en av landets största enheter räknat till antalet patienter och operationer.<sup>222</sup>

Kliniken är uppdelad i olika sektioner; bland annat för övre- och nedre extremitetskirurgi där särskild spetskompetens hittas inom exempelvis avancerad axelkirurgi samt höft- och knäproteskirurgi. Läkarnas kompetenser i övrigt är huvudsakligen inom områdena akut ortopedi, frakturkirurgi, handkirurgi, ryggkirurgi samt fotkirurgi. Övriga anställda utgörs av primärt sjuksköterskor och undersköterskor. Ortopedkliniken har även en stor paramedicinsk enhet med anställda sjukgymnaster och arbetsterapeuter.<sup>223</sup>

### 6.1.5 Arthro Clinic

Arthro Clinic är ett helägt dotterbolag till den stora vårdkoncernen Capio och bedrivs på Sophiahemmet i Stockholm. Arthro Clinic är en nischad specialistklinik som är inriktad på artroskopisk kirurgi, så kallade titthålsoperationer. Klinikens mål är att vara ledande inom detta område och genom att genomföra ett stort antal operationer årligen kunna nå de bästa resultaten. Idag genomför Arthro Clinic exempelvis var femte korsbandsoperation i Sverige, och så många som två av tre korsbandsoperationer i Stockholm.<sup>224</sup>

Arthro Clinic erbjuder primärt artroskopi för patienter med skador i knä, axel, fot, armbåge, höft samt muskler och senor. Kliniken utför även minimalinvasiva behandlingsmetoder som mikrofrakturering och mosaikplastik samt även broskcellstransplantationer. Såväl mosaikplastik som broskcellstransplantationer utförs dock i väldigt liten grad, främst på grund av lång rehabiliteringstid och höga kostnader förknippade med dessa ingrepp. Arthro Clinics behandlingsmetoder inkluderas för närvarande ej av vårdvalet inom ortopedi.<sup>225</sup>

Värt att nämnas är att Arthro Clinics tydliga fokus medför att kliniken på grund av bristande resurser i dagsläget inte kan erbjuda hjälp för patienter med uttalade broskförslitningar i knä och höft<sup>226</sup>, det vill säga artrospatienter.

## 6.2 Kunder

Klinikernas kunder kan delas in i tre olika kundsegment utifrån betalningssätt:

- Offentligt finansierade patienter
- Patienter med privata försäkringar
- Privat betalande patienter

De offentligt finansierade patienterna är det överlägset dominerande kundsegmentet. Vid analys av nämnda kliniker framgår att mellan 65 till 95 procent av alla kunder är offentligt finansierade av landsting. Att detta segment är så stort är föga förvånande då hälso- och sjukvården är offentligt finansierad och svenskarna förväntar sig att den ska vara starkt subventionerad på grund av det höga skattetrycket. De patienter som är

---

<sup>222</sup> Capio S:t Görans sjukhus, 2011.

<sup>223</sup> Capio S:t Görans sjukhus, 2010.

<sup>224</sup> Capio Arthro Clinic, 2010.

<sup>225</sup> Capio Arthro Clinic, 2007.

<sup>226</sup> Capio Arthro Clinic, 2010.

offentligt finansierade utgörs av främst patienter som är hemmahörande i det landsting där kliniken verkar men även utomlänspatienter. För patienten själv kostar det inget extra att opereras i ett annat landsting så länge ett rikstäckande upphandlingsavtal gäller, se även kapitel 6.4.3 om utomlänspatienter.

De resterande kunderna utgörs av patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. Idag har cirka 450 000 svenskar privat sjukvårdsförsäkring,<sup>227</sup> där hela 90 procent utgörs av företagsförsäkringar.<sup>228</sup> Det relativt ringa antalet försäkringspatienter medför stora svårigheter för en klinik att enbart förlita sig på denna kategori av patienter. Andelen försäkringspatienter har uppgivits till mellan 5 och 20 procent för de analyserade klinikerna.

En försvinnande liten andel av patienterna är helt privat betalande i Sverige. Även på Sophiahemmet i Stockholm, som är en vårdgalleria för endast privata vårdaktörer, utgör antalet privat betalande patienter av endast några få personer per år.<sup>229</sup>

Flexibiliteten att ta emot patienter från kundsegment med olika betalningssätt är ett privilegium för privata kliniker då offentliga enheter endast kan ta emot offentligt finansierade patienter. Under de intervjuer som har genomförts med ledande befattningshavare inom de stora privata vårdkoncernerna har vikten av att kunna erbjuda vård till alla de nämnda kundsegmenten betonats. Som vårdgivare är det inte ekonomiskt hållbart att exempelvis endast rikta sig till försäkringspatienter och privat betalande kunder. Vårdgivare måste förutom att kunna erbjuda vård till olika kundsegment även vara beredda att anpassa sin kundfördelning efter marknadens förändringar.

Samtliga kliniker som har undersökts i detta kapitel kräver att kunderna kommer på remiss vilket innebär att de har skickats till kliniken via remittenter i primärvården. Eftersom alla undersökta kliniker är inom professionen ortopedi, som behandlar artrospatienter i sjukdomsförloppets slutskede, är majoriteten av artrospatienterna äldre.

### 6.3 Kompetenser i teamet

En viktig del av den enskilda specialistklinikens affärsmodell är den medicinska, administrativa och affärsmässiga kompetensen i form av duktiga medarbetare. Vårdpersonalens medicinska kompetens påverkar till stor del klinikens erbjudande till kunderna och att det är viktigt med anställda av högsta renommé märks tydligt. Flera av de intervjuade befattningshavarna lägger stor vikt vid de anställda läkarnas mångåriga kompetens och ambitioner om att bli världsledande inom området. Två av de fem studerade klinikerna marknadsför även att deras huvudläkare är aktiva som förbundsläkare för svenska idrottslandslag, bland annat inom fotboll och basket.

Då behandlingen av långt gången artros är förlagd primärt till ortopedkliniker är det framförallt denna profession som behandlar artrospatienter. Förutom ortopedspecialister har flera av klinikerna även anställd rehabiliteringspersonal som

---

<sup>227</sup> Global Health Partner, 2010.

<sup>228</sup> Stahl von Holstein, 2011.

<sup>229</sup> Seger, 2011.

sjukgymnaster och arbetsterapeuter. De kliniker som inte har egna sjukgymnaster erbjuder oftast detta i form av internt eller externt samarbete, se även kapitel 6.4.

## 6.4 Samarbeten

Vid intervjuer med ledande befattningshavare inom privatvården betonas vikten av goda relationer och nära samarbeten för att kunna etablera och bedriva framgångsrika specialistkliniker. Inte minst efter införandet av vårdval för höft- och knäprotesoperationer har vikten av relationsbyggande med primärvårdens allmänläkare ökat, då det är dessa läkare som föreslår kliniker till patienter som ska remitteras. Andra viktiga samarbeten som har valts att tas upp i detta stycke är försäkringsbolag, andra landsting, akutsjukhus samt det interna samarbetet inom vårdkoncernen. En sammanställning av samtliga samarbeten presenteras i Tabell 8.

Samarbetspartner	Motivering
Remittenter	För att få fler patienter på remiss från primärvården.
Försäkringsbolag	För att kunna ta emot patienter med privata sjukförsäkringar, både svenska och utländska.
Andra landsting	För att kunna ta emot patienter som söker vård men som bor i andra landsting.
Akutsjukhus	För att kunna operera fler patienter, även de med högre ASA-klassificering, eller snabbt kunna hjälpa de som behöver akut hjälp.
Internt samarbete	För att nå synergieffekter tack vare koncernens storlek.

Tabell 8. Viktiga samarbeten för ortopedkliniker i Stockholm

### 6.4.1 Remittenter

Som nämndes i inledningen har vikten av ett nära samarbete till primärvården blivit allt större efter införandet av vårdval för höft- och knäprotesoperationer i Stockholm. För att patientens besök skall bli så givande som möjligt krävs för de analyserade klinikerna att denne kommer på remiss från allmänläkare i primärvården. Eftersom det studerade specialistområdet omfattas av ett vårdval har patienten rätt att själv välja vilken mottagning som remissen ska gå till. Även om patienten har rätt att ställa krav är det idag vanligast att allmänläkaren, den så kallade remittenten, rekommenderar en lämplig klinik och att patienten litar på läkarens omdöme. För att säkerställa att patienten hamnar i goda händer rekommenderar allmänläkare i regel specialistläkare som de känner, litar på och vet kommer att göra ett bra arbete.

När det inte längre finns några fasta volymer av patienter, som är fallet för de vårdområden som upphandlas, blir det allt viktigare för specialistkliniker med nära samarbete till remittenter för att öka antalet patienter som kommer in till kliniken. Detta är huvudsakligen ett inofficiellt, relationsbaserat samarbete där ledningen på

specialistkliniker nätverkar med läkare i primärvården för att hålla dessa uppdaterade om klinikens verksamhet och kvalitet på utförda operationer.<sup>230</sup>

Ett annat syfte med ett nära samarbete till remitterter är att skapa ett bättre underlag av de patienter som remitteras till specialistkliniken. Detta för att skapa ett effektivare flöde som tillåter subspecialisering och ökar kvaliteten på vården. En av de analyserade klinikerna har exempelvis konsultläkare på ett par vårdcentraler och geriatriska kliniker i utbildningssyfte för att erbjuda primärvårdens läkare stöd och råd.

#### 6.4.2 Försäkringsbolag

Försäkringsbolagen väljer vilka sjukvårdsleverantörer de vill samarbeta med och skriver avtal med dessa. Avtalen kan till exempel innebära att man beslutar om maximalt antal dagars väntetid till mottagning och behandling, samt vilka priser som ska gälla. Patienter med sjukvårdsförsäkring måste, för att kunna nyttja sin försäkring, ta kontakt med sitt försäkringsbolag för att boka tid, och kan då få reda på vilka sjukvårdsleverantörer som täcks in i försäkringen.<sup>231</sup>

Samtliga av de analyserade specialistklinikerna uppger samarbeten med de stora rikstäckande försäkringsbolagen, exempelvis Länsförsäkringar, Skandia och SEB liv. Två av de fem analyserade klinikerna har samarbeten med utländska försäkringsbolag, exempelvis norska Storebrand och tyska DKV som är ledande i Europa inom hälsoförsäkring.

Att ta emot utländska patienter kan medföra en hel del administrativa svårigheter och förmodligen en hel del ändringar i rutiner då dessa patienter exempelvis inte har ett svenskt personnummer.<sup>232</sup>

#### 6.4.3 Andra landsting

I syfte att öka antalet patienter till kliniken finns det även möjlighet att ta emot patienter som är hemmahörande i andra landsting. För att ta emot utomlänspatienter krävs att kliniken har ett upphandlat avtal i ett annat landsting. Andra landsting kan sedan avropa på denna upphandling, således räcker det med ett upphandlat avtal för att kunna ta emot patienter från hela riket.<sup>233</sup>

I praktiken innebär denna upphandling mer administrativt arbete för både landstinget där kliniken verkar och det landsting som skickar patienter i form av handläggning och ekonomikontroll. I Stockholm krävs det dock enbart en kvarts tjänst för de cirka 300 ärenden som skickas in per månad.<sup>234</sup>

Proceduren att skicka och ta emot utomlänspatienter bygger på att prissättningen ska vara den som det avtalande landstinget har beslutat om. Priserna hos de olika landstingen kan variera stort mellan olika upphandlingar men det gäller inte generellt

---

<sup>230</sup> Olsson, 2011.

<sup>231</sup> Stael von Holstein, 2011.

<sup>232</sup> Karin Stael von Holstein, 2011.

<sup>233</sup> Nordqvist, 2011.

<sup>234</sup> Nordqvist, 2011.



att ett landsting är dyrare än andra. Vårdområden som inkluderas i vårdval hanteras på samma sätt som upphandlingar.<sup>235</sup>

Tre av fem av de kliniker som har analyserats uppger på sina respektive hemsidor att de har upphandlingsavtal som tillåter dem att ta emot utomlänspatienter.

### 6.3.4 Akutsjukhus

Genom samarbete med akutsjukvård ges kliniker möjlighet att ta emot patienter med högre ASA-klassificering än bara klass 1 och 2, se Tabell 3 i Case 1, som kräver tillgång till intensivvårdsavdelning och mer komplicerad utrustning vid operation. Tre av de analyserade klinikerna ligger i direkt anslutning till stora sjukhus. En av dessa marknadsför specifikt sin utvecklade akutsektion som utför högkvalitativ frakturkirurgi.

För kliniker som inte ligger i direkt anslutning till något akutsjukhus är det fortfarande viktigt med ett samarbete ifall det skulle inträffa något oväntat under operation och akut hjälp behövs.<sup>236</sup> Patienter har i Sverige laglig rätt till akutsjukvård vilket innebär att rent lagmässigt kan kliniken skicka de patienter som behöver akutvård till sjukhus. Därför krävs inte något formellt samarbetsavtal till akutsjukhus utan samarbetet är huvudsakligen relationsbaserat där chefer på intensivavdelningarna hålls uppdaterade kring klinikens verksamhet.

### 6.3.5 Internt samarbete

Sist men inte minst är det mycket värdefullt för dessa kliniker som alla tillhör de stora vårdkoncernerna med ett utvecklat internt samarbete för att nå synergieffekter tack vare koncernens storlek. Det interna samarbetet kan vara mellan enheter inom samma vårdområde, i detta fall ortopedi, eller mellan enheter från olika vårdområden inom koncernen.

I dagsläget händer det att samma symptom behandlas på olika sätt i olika landsting, beroende på faktorer som olika ersättningssystem, olika kompetenser i läkarkåren eller olika traditioner för behandling. Genom ett utvecklat internt samarbete mellan kliniker med samma nisch men som är verksamma i olika landsting är det möjligt för de stora vårdkoncernerna att mäta och jämföra kvalitet, patientnöjdhet och andra faktorer. Med sådan internrevision kan koncernerna enklare identifiera styrkor och svagheter och upptäcka potentiella förbättringsmöjligheter. Med internutbildning kan klinikerna lära av varandra för att arbeta bort sina svagheter och framhäva sina styrkor.

En annan möjlighet att utnyttja ett internt samarbete inom vårdkoncernen är över vårdområdesgränser. En av de analyserade klinikerna har till exempel möjlighet att handlägga ortopediska infektionspatienter på koncernens infektionsinriktade avdelningar med hjälp av specialister på infektionssjukdomar. Utöver detta har flera av de analyserade klinikerna ett nära samarbete med röntgenkliniker för att möjliggöra effektiv diagnostisering av patienter utan att kliniken själv måste bära den stora investering som röntgenutrustning innebär. En av de analyserade klinikerna har även ett samarbete med en smärtklinik inom koncernen, vilket möjliggör en multiprofessionell bedömning av patienter innan beslut om operation fattas.

---

<sup>235</sup> Nordqvist, 2011.

<sup>236</sup> Forssblad, 2011.

Flera av de analyserade klinikerna betonar vikten av internt samarbete såväl inom samma vårdområde som över vårdområdesgränser. Tack vare stora koncerners många enheter, både i Sverige och globalt, erhålls skalfördelar vid till exempel nya inköp och vid utbyte av idéer. Genom att utbilda de enskilda klinikägarna att lära sig ta hem synergierna i det interna nätverket skapas dessutom en stolthet inom koncernen som är av stor betydelse inte minst för företagskulturen, men också för att locka och behålla kompetent personal.

## 6.5 Forskning och utbildning

En annan väsentlig skillnad i affärsmodellen hos privata och offentligt ägda vårdgivare är att de offentliga aktörerna har som ofrånkomligt krav att bedriva och budgetera för forskning och utbildning. Detta medför att de offentliga aktörerna ofta erhåller en högre landstingsersättning än de privata motsvarigheterna.<sup>237</sup>

### 6.5.1 Forskning hos de privata aktörerna

Landstinget bestämmer vilka vårdgivare som får bedriva vilka forskningsstudier. Det händer att studier ibland tillfaller även privata aktörer inom hälso- och sjukvården.<sup>238</sup>

Inom hälso- och sjukvården skiljs på grundforskning och klinisk forskning. Grundforskning har inte någon bestämd tillämpning som syfte<sup>239</sup> medan klinisk forskning är den forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser med målet att lösa ett hälsoproblem eller identifiera faktorer som leder till bättre hälsa.<sup>240</sup>

De privata aktörer som bedriver forskning bedriver framförallt den kliniska varianten. Exempelvis Global Health Partner använder sig av multicenterstudier för att säkerställa kvaliteten på vården samt har en forskningskoppling till Karolinska Institutet i Stockholm. De anställda läkarna hos Global Health Partner har i sina kontrakt så kallad fri tid som kan utnyttjas för att bedriva forskning och likaså administrativt stöd för detta i form av en heltidsanställd som ansvarar för all forskning som koncernen bedriver.<sup>241</sup>

Hos Aleris utgör forskningen endast en liten del av verksamheten, med anledning av att de inte är ett offentligt akademiskt bolag. Detta är dock inget hinder för att kunna erbjuda kvalitativ och effektiv specialistvård, menar Yonna Olsson som är affärsutvecklingschef på Aleris. Aleris styrka ligger istället i att effektivisera med korta ställtider och därmed utveckla sin kompetens inom området snabbare med högre kvalitet som resultat.<sup>242</sup>

Det råder delade meningar bland de studerade specialistklinikerna om nödvändigheten att bedriva forskning för att kunna vara ledande specialistkliniker. Dock kan konstateras att i de fall som forskning bedrivs utgörs den oftast av klinisk forskning.

---

<sup>237</sup> Olsson, 2011.

<sup>238</sup> Olsson, 2011.

<sup>239</sup> Öqvist Seimyr, 2011.

<sup>240</sup> Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien, 2009, s. 6.

<sup>241</sup> Båtelsson, 2011.

<sup>242</sup> Olsson, 2011.

### 6.5.2 Utbildning av vårdpersonal

Flera av klinikerna som har undersökts framhäver att de gärna skulle bedriva utbildning på sin klinik men att Stockholms läns landsting först måste ta fram en ersättningsmodell som inbegriper även de privata koncernerna och inte bara de stora offentligt ägda sjukhusen.

Klinikerna ställer sig mycket positiva till att bedriva utbildning då det ger dem möjligheter att säkra kompetens för framtiden genom att knyta till sig nästa generations specialister. På Global Health Partner har en typ av utbildningsprogram införts där landstingssjukhus lånar ut sina ST-läkare till Global Health Partners kliniker. Landstinget betalar då ut ST-läkarnas löner medan Global Health Partner står för handledarkapaciteten och andra kostnader som tillkommer.<sup>243</sup>

Då det i dagsläget inte finns någon ersättning för bedrivande av utbildning arbetar ledande befattningshavare på de stora privata koncernerna aktivt för att övertyga politiker om att förändringar i ersättningssystemet behövs. Det är först när ersättningssystemet anpassats som incitamenten för klinikerna att bedriva utbildning blir tillräckliga.

## 6.6 Intäktsströmmar och kostnadsstrukturer

Intäktsströmmarna hos specialistklinikerna speglas i de olika kundsegmentens fördelning som presenterats i kapitel 6.2. Den övervägande majoriteten av intäkterna kommer från landstinget. En liten del står försäkringsbolagen för och en än mindre står de helt privat betalande patienterna för.

Intäktssumman för de olika kundsegmenten skiljer sig åt då klinikern har möjlighet att ta ut ett högre pris för försäkrade och privat betalande patienter. De största kostnaderna för klinikerna utgörs av löner. Därtill kommer utrustning och lokaler. För att minska den stora utgiftsposten som kan hänföras till vårdpersonalens löner kan personal hyras in på konsultbasis.

---

<sup>243</sup> Båtelsson, 2011.

## Case 3: Behandling av artros i andra länder

---

### Arthritis Centers i USA som exempel

Behandlingen av folksjukdomen artros skiljer sig väsentligt åt mellan olika länder. För att ge läsaren en djupare inblick i vilka olika parametrar som karakteriserar artrosbehandling i olika regioner har detta case konstruerats. Författarna har valt att illustrera ländernas skillnader med ett exempel på hur den i västvärlden starkt förekommande sjukdomen artros ofta behandlas av reumatiker, istället för som i Sverige av ortopedier, vid så kallade Arthritis Centers i USA.

### Artros som reumatisk sjukdom – ett annat perspektiv

I Sverige behandlas artros i primärvården,<sup>244</sup> till skillnad från i många andra länder där sjukdomen behandlas tillsammans med de andra reumatiska sjukdomarna på en specialistklinik med verksamma reumatologer.

Reumatiska sjukdomar drabbar i huvudsak rörelseapparaten, det vill säga leder, muskler och skelett, men även ögon och livsviktiga organ. Sjukdomarna är ofta autoimmuna inflammationer, som innebär att kroppens immunförsvar ger sig på sina egna celler eller vävnader som om de vore främmande. De reumatiska sjukdomarna är ett hundratal till antalet och indelade i fyra olika undergrupper:<sup>245</sup>

- Inflammatoriska ledsjukdomar
- Reumatiska systemsjukdomar
- Lokala och generella smärttillstånd
- Artros

Artros utgör en egen grupp inom de reumatologiska sjukdomarna, för mer information om sjukdomen, dess förlopp och behandlingar se Kapitel 5. När man talar om artros som reumatisk åkomma delas denna vanligtvis upp i två kategorier; primär respektive sekundär artros. Sekundär artros innebär att sjukdomen klassas som en följsjukdom, inte sällan till ledgångsreumatism (även kallad reumatoid artrit).

Knäartros är generellt sett mest förekommande i utvecklade regioner som Nordamerika, västra Europa, Japan, Australien och Nya Zeeland.<sup>246</sup> I detta case fokuseras på behandling av artros i USA.

### Vanligare med specialistvård i USA

Inom Sveriges hälso- och sjukvårdssektor är tanken att vård i största möjliga mån ska bedrivas inom primärvården. Patienter som söker vård ska först bedömas hos en allmänläkare, som i sin tur skickar patienten vidare till en specialist om så behövs.<sup>247</sup> Detta innebär att vissa specifika sjukdomsområden som i utlandet behandlas av specialistläkare på specialistcentra istället kan tas om hand av allmänläkare i Sverige.

---

<sup>244</sup> Viss, 2010.

<sup>245</sup> Reumatikerförbundet, 2009.

<sup>246</sup> Tanna, 2004.

<sup>247</sup> Carlsson, 2011.

Sjukdomen artros är ett sådant exempel som, enligt Viss klassificering, är hänvisad till primärvården.

I USA har det traditionellt sett funnits en stor andel specialistvård jämfört med primärvård. Av alla läkare i USA är 70 procent specialisläkare, till skillnad från andra industrialiserade länder där endast 25 till 50 procent av alla läkare är specialister. Den huvudsakliga drivkraften bakom detta är den snabbt avancerande medicintekniska utvecklingen som skapat en högre efterfrågan på specialister jämfört med allmänläkare i USA. Patienterna vänder sig hellre till specialistcentra för att få den senaste och bästa behandlingen. Därtill hör också att specialisläkare i USA har en avsevärt högre ersättning än allmänläkarna, större möjlighet att planera sina arbetstimmar och förknippas med ett högre anseende hos både medarbetare och allmänheten.<sup>248</sup>

I Europa är specialistvården fortfarande relativt sjukhuskoncentrerad jämfört med i USA där specialisläkarna oftare hittas på enskilda nischade specialistkliniker.<sup>249</sup>

### **Artrosbehandling i USA**

Det uppskattas att 50 miljoner amerikaner kommer att lida av artros år 2013, en siffra som beräknas stiga till 70 miljoner år 2030.<sup>250</sup> År 2004 var den ekonomiska bördan till följd av artros i USA 82 miljarder amerikanska dollar, varav de direkta kostnaderna för sjukhus, doktorer, transporter och rehabilitering utgjorde 35 miljarder dollar. Resterande 47 miljarder dollar kan hänföras till uteblivna löner och produktivitetsförlust i landet.<sup>251</sup>

Då specialistvård och specialistcentra är vanligt förekommande i USA är det till dessa center som de amerikanska artrospatienterna i huvudsak vänder sig då de behöver vård. Till skillnad från i Sverige är det i USA och i övriga Europa ovanligt att skilja på behandling av reumatiska sjukdomar och artros, som per definition klassificeras som en reumatisk sjukdom. Därför behandlas artrospatienterna ofta inom specialistprofessionen reumatologi.<sup>252</sup> Reumatologerna skickar sedan patienterna vidare till ortopedier vid behov, det vill säga om en operation är nödvändig.<sup>253</sup> I USA är traditionen att ortopedspecialisterna endast är opererande enheter och därmed bara tar emot de patienter som är i behov av en operation.<sup>254</sup>

Ofta arbetar reumatologer och ortopedier på olika fysiska enheter men har ett nära samarbete sinsemellan.<sup>255</sup> Det är i USA heller inte ovanligt med så kallade multispecialitetsgrupper där reumatologer och ortopedier arbetar tillsammans.<sup>256</sup>

---

<sup>248</sup> Shi, 1995, s. 428 - 429.

<sup>249</sup> Båtelsson, 2011.

<sup>250</sup> Gabay, 2011.

<sup>251</sup> Tanna, 2004.

<sup>252</sup> Ringertz, 2011.

<sup>253</sup> Dahlberg, 2011.

<sup>254</sup> Dahlberg, 2011.

<sup>255</sup> Fleischmann, 2011.

<sup>256</sup> Shaver, 2011.

### Arthritis Centers – en jämförelse

I USA är det vanligast att patienter som lider av primär artros behandlas på så kallade *Arthritis Centers*. Detta är kliniker som behandlar flera reumatiska sjukdomar men ofta har artros som sin huvudsakliga nisch då detta är en sjukdom som drabbar en stor del av befolkningen.<sup>257</sup> Andra alternativ för artrospatienter i USA är ortopedspecialister eller smärtlindringskliniker,<sup>258</sup> precis som i Sverige besöker många artrospatienter även primärvården.<sup>259</sup>

Tio specialistkliniker, Arthritis Centers, i USA som behandlar artrospatienter har jämförts utifrån sjukdomsområde, vårdprocess och personalens kompetenser. En fullständig sammanställning av jämförelsen hittas i Bilaga 8 och de väsentligaste slutsatserna redovisas nedan.

Alla studerade kliniker har verksamma reumatologer. Endast ett center, Bone and Joint Center i Seattle, erbjuder ortopediska operationer och har därmed även anställda ortopedspecialister som utför bland annat artroskopier och protesoperationer. Resterande kliniker är primärt inriktade på diagnostisering av artros med vanlig röntgen, och i tre fall även magnetröntgen, samt icke-kirurgiska behandlingar. Två av klinikerna profilerar sig som *Early Arthritis Center* vilka fokuserar på tidig behandling av reumatoid artrit, samt diagnostisering och behandling av tidigt upptäckt sekundär artros. På klinikerna hittas utöver läkarspecialister inom reumatologi även geriatriker, anestesiloger, psykologer, dietister, rehabiliteringsrådgivare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Arthdocs Rheumatology Associated i Dallas erbjuder behandling inom alla reumatologiska sjukdomar. Den största delen patienter på denna klinik är personer som lider av artros som huvudsakliga åkomma och är i åldern 45 till 55 år. Beroende på behov och eventuella andra sjukdomar behandlas patienterna på olika sätt men endast med icke-kirurgiska metoder. Det händer att reumatologerna skickar patienterna på remiss till ortopediska kirurger.<sup>260,261</sup>

Nätverket Arthritis and Rheumatology Clinics of Kansas (ARCK) utgörs av tre specialistkliniker inom reumatologi. Artrospatienterna som besöker dessa kliniker lider vanligtvis av sekundär artros, men det är även vanligt att patienter med artros som primär åkomma remitteras till och behandlas på dessa center. All behandling på klinikerna är icke-kirurgisk. Om kirurgisk behandling behövs remitteras patienten till en ortopedspecialist.<sup>262</sup>

### Alternativmedicin som icke-kirurgisk behandling

Eftersom specialistklinikernas kompetensområden varierar mellan olika länder skiljer sig även behandlingsmetoderna åt i de olika regionerna. Den farmakologiska behandlingen av artros skiljer sig mellan USA och Europa.<sup>263</sup> Exempelvis finns det

---

<sup>257</sup> Fragle, 2011.

<sup>258</sup> Fragle, 2011.

<sup>259</sup> Shaver, 2011.

<sup>260</sup> Fragle, 2011.

<sup>261</sup> Fleischmann, 2011.

<sup>262</sup> Shaver, 2011.

<sup>263</sup> Gabay, 2011.

artrosläkemedel som är tillgängliga i delar av Europa men som i USA klassas som kosttillskott istället för som läkemedel.<sup>264</sup>

Eftersom artros är en kronisk sjukdom utan botemedel finns det även tendenser att artrosklinikerna utomlands behandlar patienterna med metoder av alternativmedicinsk karaktär som med svenska mått mätta inte anses tillräckligt evidensbaserade.<sup>265</sup> På en så kallad *Arthrose Clinic* som är inriktad på höft- och knäartros i Schweiz arbetar tre specialistläkare varav två är ortopediska kirurger och den tredje läkaren är specialist inom akupunktur och traditionell kinesisk medicin.<sup>266</sup>

Alternativmedicinska metoder som nämns som exempel på artrosbehandlingar i Europa och delar av Amerika är bland annat: Vitamin A, C och E, ingefära och gurkmeja, omega-3 fettsyror, akupunktur samt värme- och kylbehandling.<sup>267</sup>

Oavsett behandling är utbildning och information avgörande för hur effektiv patientens behandling blir. Läkare och terapeuter spelar en viktig roll i att förmedla denna typ av utbildning och information under tiden som de spenderar med patienten.<sup>268</sup>

## Fundamentala skillnader mellan Sverige och andra länder

Sammanfattningsvis kan konstateras att artros behandlas på olika sätt i olika länder. Hälso- och sjukvårdsorganisationer hanterar ofta vården på liknande sätt världen över, så kallad care management, men varierar i struktur, resurser och kulturer. De ingående faktorerna i vårdorganisationernas care management är förvånansvärt lika men hur dessa uttrycks skiljer sig mellan kliniker i olika kontexter. Varje kontext utsätts för sin unika regulatoriska omgivning och ersättningssystem. I olika länder finns tillgång till olika resurser vilket innebär att olika metoder och terminologier används.<sup>269</sup>

De viktigaste anledningarna till dessa skillnader inom behandlingen för artros kan summeras till:

- Olika traditioner
  - Ideologiska skillnader och deras inverkan på hur vård bör bedrivas
  - Fördelning mellan primärvård och specialistvård
  - Den svenska jantelagen
- Olika uppfattningar
  - Om vilken typ av sjukdom som artros är
  - Om vilka behandlingar som är tillförlitliga
- Olika bestämmelser
  - Skillnader i läkemedelsklassning

Världens olika länder har olika traditioner och kulturer vilket naturligtvis även avspeglar sig i sättet att bedriva vård. Som har nämnts tidigare är den ideologiska kopplingen till hälso- och sjukvården mycket stark i Sverige och en avgörande

---

<sup>264</sup> Tanna, 2004.

<sup>265</sup> Ringertz, 2011.

<sup>266</sup> Arthrose Clinic Zurich, 2011.

<sup>267</sup> Health Tourism, 2011.

<sup>268</sup> Gabay, 2011.

<sup>269</sup> Bohmer, 2011.

parameter för hur vårdssystemet utformas. Andra skillnader som har tagits upp i detta case är fördelningen mellan primär- och specialistvård.

Ytterligare en avvikelse som skiljer Sverige från flera andra länder är den kulturella oskrivna lag som kallas Jantelagen och som innebär att det inte anses politiskt korrekt att visa sig alltför stolt och självsäker. I Sverige är det inte lika acceptabelt att uttrycka att en klinik är bäst inom en viss profession vilket kan bidra till att etablering av specialistkliniker försvåras. Detta kan sannolikt vara en bidragande orsak till att fenomenet specialistkliniker är ovanligare i Sverige jämfört med exempelvis i USA.

Skillnaden på läkemedelstillgång i olika länder på grund av olika klassificeringskriterier kan vara en av anledningarna till ländernas olika kliniska praxis då patienterna enligt lag inte kan erbjudas identiska behandlingar i hela världen. Olika utbud av farmakologisk behandling kan även innebära att patienternas uppfattningar om och förväntningar på olika metoder skiljer sig åt. Ytterligare konsekvenser blir då skillnader i kvalitetssäkring och svårigheter att jämföra patientresultatens effektivitet eftersom olika länder använder olika metoder.

Ingen av de analyserade klinikerna som behandlar artrospatienter i Stockholm har någon reumatolog i läkarteamet eller marknadsför någon typ av samarbete med ett reumatologiskt centra.



## 7. Affärsanalys

Detta kapitel innefattar en affärsanalys av omgivningens påverkande faktorer och krafterna som påverkar industrins attraktivitet. De viktigaste bakomliggande faktorerna till branschens utmaningar och förändringar nu och framöver identifieras med hjälp av lämpliga makrofaktorer som är hämtade ur ramverket PESTEL. Modellen Five Forces används därefter för att kartlägga och förstå branschens konkurrenssituation och attraktivitet i syfte att nya aktörer ska kunna fatta strategiska beslut vid utformande av en hållbar affärsmodell för specialistkliniker vid eventuellt inträde på marknaden.

### 7.1 Omgivningens påverkande krafter

Vid identifikation av de viktigaste bakomliggande orsakerna till branschens förändringar och utmaningar har författarna utgått från ramverket PESTEL och valt att fokusera på de viktigaste krafterna; nämligen de politiska, ekonomiska, sociala, teknologiska och legala krafterna. Miljörelaterade krafter har valts att inte tas med då de inte anses påverka denna industri nämnvärt. De studerade krafterna sammanställs i Figur 18 och förklaras i efterföljande stycken med en sammanfattning av identifierade slutsatser som avslutning.



Figur 18: PESTL-analys

### 7.1.1 Politiska krafter

Det är i huvudsak politikerna som bestämmer förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsbranschen. Sveriges riksdag ger direktiv och har de senaste 20 åren infört flera avgörande vårdreformer, i form av bland annat vårdgaranti och vårdval. Utöver riksdagen är det landstingen som har ansvar och självbestämmanderätt att besluta om hur vården ska bedrivas i respektive region, exempelvis kring hur erbjudandet och ersättningsmodellerna skall utformas. Med växlande politiskt styre i både riksdag och landsting finns risk för snabba förändringar i branschens spelregler vilket skapar en hög osäkerhet för aktörerna på marknaden.

Aktörerna är starkt begränsade i sin affärsutveckling och planering på grund av de starka politiska krafter som skapar en osäkerhet i vårdsystemets framtid. Inom de vårdområden som omfattas av vårdval blir de politiska krafterna något svagare då klinikerna inte längre har ett tidsbegränsat kontrakt utan snarare en auktorisering som gäller tillsvidare.

Det stora politiska problemet för branschen är att landstingen värderar det kommunala självstyret högt och därmed hindrar utformning av ett enhetligt vårdsystem som gäller för hela landet. Detta exemplifierades ytterligare i nedröstningen av lagen LOVE, som tidigare tagits upp i kapitel 3.2.2.2, som år 2009 föreslog en rikstäckande styrning av Sveriges specialistvård för att locka in fler nya aktörer på marknaden. På grund av att landstingen inte kan enas om ett enhetligt system tvingas vårdgivare som vill etablera snarlika specialistkliniker i olika landsting att formulera unika affärsmodeller för dessa eftersom ersättningsmodeller, regler kring volymer och erbjudanden kan skilja sig åt.

### 7.1.2 Ekonomiska krafter

De ekonomiska faktorer som påverkar branschen är starkt kopplade till de politiska faktorerna och de olika ersättningsystemen. I de landsting där specialistvård upphandlas varierar priserna och erbjudandet från gång till gång vilket skapar en viss ekonomisk osäkerhet. Inom de områden där vårdval istället råder är den ekonomiska ersättningsnivån fast men marginalerna i regel mindre.

### 7.1.3 Sociala krafter

En stigande förväntad livslängd i Sverige förutspås öka de samhällsekonomiska kostnaderna inom hälso- och sjukvårdssektorn markant. En åldrande befolkning leder till ett förändrat behov av vård framöver. Artros är ett av de vårdområden som förväntas leda till högre kostnader för samhället i form av behandlingar och produktionsbortfall. Samtidigt leder västvärldens ökade levnadsstandard till att patienter kräver behandling av hög kvalitet, utan värdköer. Ett sätt för vårdgivarna att möta dessa sociala krafter vore att anpassa sina affärsmodeller genom att öka satsningen på nya innovativa behandlingsmetoder som fokuserar på tidig diagnostisering och behandling för att undvika höga ackumulerade kostnader.

I Sverige är traditionen med kraftigt subventionerad vård till alla djupt rotad hos befolkningen. Även de högre samhällsklasserna i Sverige förväntar sig subventionerad vård i och med det höga skattetrycket och därmed är andelen privat betalande patienter försvinnande liten. Denna sociala faktor innebär att konkurrensen på marknaden för

sjukvård inte styrs av priset på de olika aktörernas tjänster på samma sätt som på andra marknader. Patienten betalar samma pris oavsett vårdgivare och kvalitet.

Vid expertintervjuerna framgick det att en viktig social faktor som påverkar utformandet av affärsmodell för privatvård i Sverige är att det inte anses politiskt korrekt att marknadsföra sitt erbjudande som inom andra branscher. Klinikerna måste därför rätta sig efter industrins normer som innebär att de kan marknadsföra sin existens men inte stoltsera med ledande kompetens utan att trotsa de kulturella oskrivna lagarna. Traditionellt sett har marknadsföringen inom specialistvård dessutom varit riktad framförallt mot remittenterna som remitterar patienter till klinikerna snarare än mot patienterna själva. Därmed blir relationsbaserade nätverk och så kallad mun-till-mun-marknadsföring allt viktigare inom hälso- och sjukvårdssektorn. I takt med att patienterna blir mer medvetna om de fria valen som har introducerats i samband med införande av vårdval kommer marknadsföringen sannolikt att behöva anpassas till dessa nya förhållningssätt och riktas allt mer mot branschens slutkunder, se även nästa stycke om de teknologiska krafterna.

#### 7.1.4 Teknologiska krafter

Med den starka framväxten av IT talas det idag om en så kallad *Google-generation* där allmänheten blir allt mer upplyst i och med det exploderande informationsflödet via internet och sociala medier. Det blir vanligare att patienter själva söker upp information om hälsa och sjukdomar då de är i behov av diagnos eller olika typer av behandlingar. Idag kan patienterna gå in på de olika klinikernas hemsidor, betygsätta och jämföra vård på vårdguidens hemsida och [www.1177.se](http://www.1177.se), landstingens och regionernas gemensamma webbplats för råd om vård. Vårdguiden finns dessutom numera att hitta på Facebook. Allmänheten kan även besöka diverse sajter och forum där patienter och läkare diskuterar olika åkommor och lämpliga behandlingsmetoder. Ett exempel på ett sådant forum är [www.netdoktor.se](http://www.netdoktor.se) där läsare kan hitta information om sjukdomar, chatta med doktorer samt blogga och läsa andras bloggar.

Andra teknologiska faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdsbranschen är exempelvis forskningen kring nya behandlingsmetoder. För att hindra de ökande samhällskostnaderna till följd av stigande medelålder kommer troligen satsningar på nya behandlingsmetoder att krävas – i synnerhet *disruptive innovations* som tidigare nämnts, exempelvis preventiva behandlingsmetoder och bättre utnyttjande av vårdpersonal.

#### 7.1.5 Legala krafter

Vårdbranschen är strikt juridiskt reglerad vilket är nära sammankopplat med det politiska systemet, exempelvis då vårdval införs inom ett vårdområde skrivs en regelbok som reglerar auktoriseringen av aktörer på marknaden.<sup>270</sup> I regelboken finns alla de legala faktorer som auktoriserade vårdgivare måste ta hänsyn till och som i högsta grad påverkar deras utformande av erbjudande.

---

<sup>270</sup>Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2011.

### 7.1.6 Slutsatser kring omgivningens påverkande krafter

Inom industrin för nischade specialistkliniker är det framförallt de politiska faktorerna som utmärker sig som de överlägset mest inflytelserika, men även de sociala och teknologiska krafterna har identifierats som viktiga drivkrafter att ta i beaktning på flera olika sätt vid till exempel utformning av en hållbar affärsmodell för nya aktörer inom industrin.

Få branscher är så politiskt styrda som hälso- och sjukvårdsbranschen. Spelreglerna är hårt reglerade och kan ändras med kort varsel. De politiska krafterna och i synnerhet landstingens vilja att vara självständiga försvårar avsevärt för aktörerna på denna marknad. På grund av de starka politiska krafterna som påverkar industrin måste privata vårdgivare kunna erbjuda vård som finansieras på olika sätt och vara beredda att snabbt kunna ändra sina erbjudanden efter förändringar i det politiska systemet.

Även de sociala krafterna har stor påverkan på branschens omgivning. De sociala faktorerna är väldigt djupt rotade och affärsmodellen måste anpassas efter dessa. Så länge Sveriges befolkning förutsätter att vården ska finansieras till största del med subventioner kommer industrins intäkter att vara begränsade eftersom skattemedlen i sig är limiterade. Branschen upplever en viss ökning av antalet privat betalande och försäkrade patienter, dock är dessa kundsegment fortfarande små.

Tillsammans driver de sociala och teknologiska krafterna på utvecklingen av nya och innovativa behandlingsmetoder som kan minska samhällsekonomiska kostnader och tillfredsställa patienternas krav på god vård.

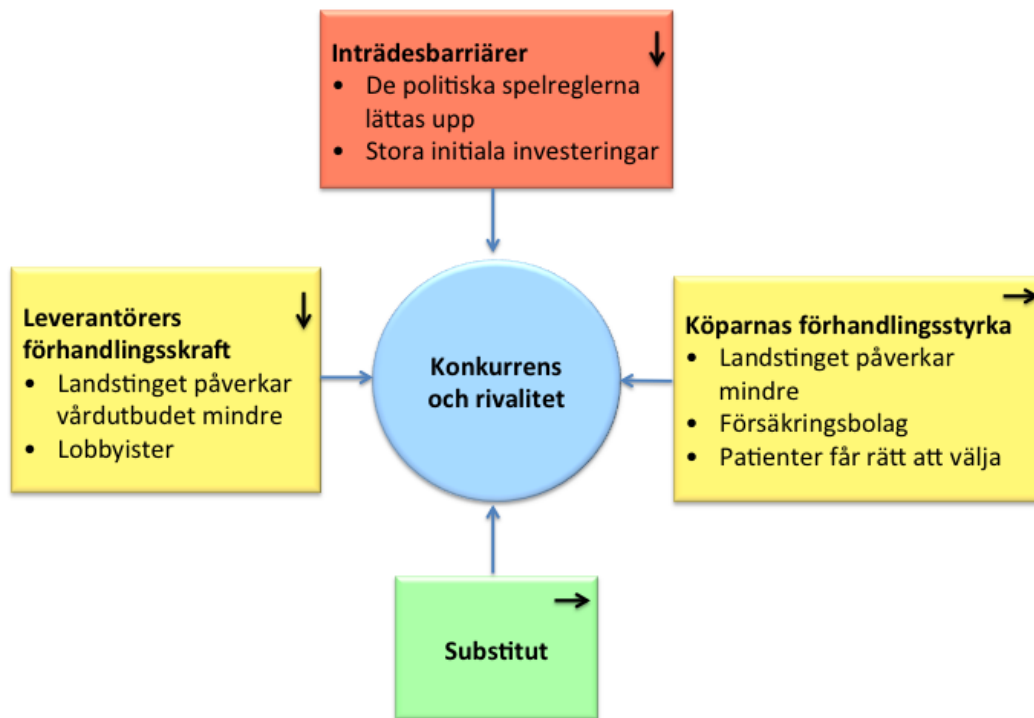
## 7.2 Branschens konkurrenssituation och attraktivitet

Industrin som utforskas och analyseras i denna analys utgörs av marknaden för enskilda nischade specialistkliniker och hur dess konkurrenssituation förändras vid införande av vårdval. Potentiella konkurrenter på marknaden är de vårdgivare som erbjuder specialiserad somatisk vård. Som exempel används i denna analys införandet av vårdval inom höft- och knäprotesoperationer i Stockholms läns landsting och hur detta har påverkat förutsättningarna för specialistkliniker inom ortopedi. Branschens attraktivitet analyseras utifrån Michael Porters modell Five Forces.<sup>271</sup>

De krafter som studeras för att mäta marknadens konkurrenssituation är inträdesbarriärer, leverantörers och köparens förhandlingsstyrkor samt potentiella substitut och rivaliteten på marknaden. Figur 19 visar en sammanställning över hur dessa krafter påverkas av ett vårdvalsinförande.

---

<sup>271</sup> Johnson et al., 2008, s. 59.



Figur 19: Five Forces analys

### 7.2.1 Inträdesbarriärer

Inträdesbarriärerna för att slå sig in som ny aktör är i huvudsak de regulatoriska hinder som fastställts av regerande politiker genom åren. Inom de områden där vårdval ännu inte finns kan aktörerna enbart slå sig in på marknaden under den bestämda tid då det aktuella landstinget väljer att lägga ut en upphandling. Konkurrensen om upphandlingen är hög då enbart en leverantör utses. Upphandlingens vinnare tilldelas rätten att utföra en förutbestämd mängd vårdaktiviteter under en begränsad kontraktperiod. Osäkerheten med upphandlingar ligger i att leverantören inte är garanterad någon förlängning av vårdavtalet efter att den bestämda tidsperioden har löpt ut till skillnad från en auktorisering enligt vårdval som gäller tills vidare.

Vårdval sänker denna typ av inträdesbarriärer samtidigt som förutsättningarna likställs för alla privata aktörer på marknaden. Med införande av vårdval finns det möjlighet för alla aktörer som uppfyller kriterierna för auktorisering att etablera sig vid vilken tidpunkt som helst och bedriva vård i obegränsad mängd. Marknaden har blivit mer förutsägbar för de befintliga aktörer och nya aktörer som vill slå sig in.

Ytterligare en inträdesbarriär för etablering av nya specialistkliniker är det stora investeringsbehovet i branschen. Initiala investeringar inkluderar främst lokal och utrustning. Ju mer avancerade behandlingsmetoder som ska erbjudas desto dyrare uppstartskostnad. Denna barriär kan dock ses som opåverkad av vårdvalsinförande.

Inträdesbarriärerna har i sin helhet minskat, men är fortfarande höga. Det är framförallt de politiska regleringarna kring etablering av nya specialistkliniker som har luckrats upp medan inträdesbarriärerna i form av kapitalbehov är lika höga som tidigare.

### 7.2.2 Leverantörernas förhandlingsstyrka

Företag som tillhandahåller lokaler och medicinsk utrustning identifieras av författarna inte som relevanta att analysera i detta avseende då utrymme för vidare analys inom detta område inte har funnits inom examensarbetets ramar. Som leverantörer på marknaden för nischade specialistkliniker väljer författarna istället att rikta blicken mot det politiska systemet och de privata vårdgivarna.

Det är det svenska politiska systemet som sätter spelplanen och definierar spelreglerna för vårdaktörerna. Vid upphandlingar fungerar även landstinget som leverantör av vård då det är de som beslutar vilken volym som ska få utföras. I de avseenden där vårdval råder finns ingen politisk reglering kring volym.

Med denna motivation bedöms leverantörskraften i branschen att ha minskat från hög till medel vid införande av vårdval. Innan införande av vårdval bestämde det politiska systemet hälso- och sjukvårdens erbjudanden och vilken klinik som skulle utses till leverantör av erbjudandena med hjälp av upphandlingar. Efter införandet av vårdval förändrades leverantörernas förhandlingsstyrka i form av att det politiska systemets påverkan minskade, medan de privata vårdgivarna som auktoriserats av vårdval fick större inflytande. De privata vårdgivarna har tvingats att anpassa sig mer efter marknadens andra drivkrafter, som till exempel goda relationer till olika samarbetspartners och patienternas förhandlingskraft som har stärkts, för att säkra sin överlevnad. De privata klinikerna kan inte längre förlita sig på det politiska systemets upphandlingsavtal inom de områden där det numera råder vårdval.

### 7.2.3 Köparnas förhandlingsstyrka

Köpare inom hälso- och sjukvårdssektorn är landsting, försäkringsbolag och patienter.

Landstingen har den överlägset största möjligheten att påverka marknadens aktörer då de subventionerar majoriteten av all sjukvård. I upphandlingar är det landstinget som i förväg bestämmer antalet kunder genom att bestämma hur många behandlingar som ska utföras inom en viss tidsperiod. Vid införande av vårdval är det fortfarande landstinget som betalar för vården, men volymen är ej längre begränsad. Därmed minskas landstingens förhandlingsstyrka i egenskap av kund.

Försäkringsbolagen är många till antalet och har sinsemellan tuff konkurrens. Prisnivåerna har pressats och försäkringsbolagen är inte längre särskilt lönsamma kunder för vårdgivarna. Efterhand som vårdköerna minskas och tillgängligheten blir bättre, som har visat sig vara fallet vid införande av vårdval för höft- och knäprotesoperationer i Stockholm, minskar dessutom incitamenten för kunderna att skaffa en vårdförsäkring för att få gå före kön.

Då vårdval inte existerar är patienterna hänvisade till den vårdgivare som ligger geografiskt närmast bostaden. Efter införande av vårdval har patienterna istället rätt att själva välja vårdgivare vilket ökar deras förhandlingsstyrka.

Sammantaget bedöms köparnas förhandlingsstyrka till medel och är i sin helhet relativt opåverkad av vårdval då landstinget och försäkringsbolagens förhandlingsstyrkor har minskat medan patienternas har ökat.

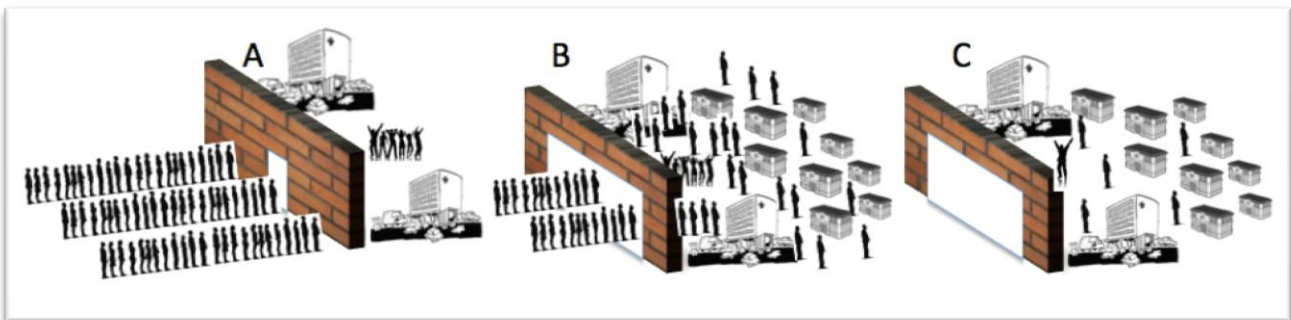


#### 7.2.4 Hot från substitut

Substituten inom vårdsektorn varierar inom olika vårdområden men är sammantaget väldigt få. Möjligtvis skulle alternativmedicin kunna ses som ett substitut till vanlig sjukvård. Hot från substitut bedöms som låg och opåverkad av vårdval.

#### 7.2.5 Konkurrenskraft och rivalitet

För att illustrera hur konkurrenssituationen har förändrats för specialistklinikerna i Stockholm efter införandet av vårdval för höft- och knäprotesoperationer beskrivs marknaden före införandet, direkt efter införandet och nu med tillhörande bilder i Figur 20. Denna analys kommer sedan att användas i resonemanget i följande kapitel kring de olika scenariernas marknadsattraktivitet med utgångspunkt i deras möjligheter att omfattas av vårdval.



Figur 20: Konkurrenskraft och rivalitet före under och efter införandet av vårdval för höft- och knäprotesoperationer i Stockholms läns landsting

##### 7.2.5.1 Innan vårdval

Innan vårdval för höft- och knäprotesoperationer infördes i Stockholms läns landsting styrde landstingen konkurrensen om upphandlingarna. Ett fåtal aktörer konkurrerade om en bestämd volym vårdaktiviteter i en bransch med lågt utbud men hög efterfrågan. För etablerade vårdgivare var marknaden god med relativt höga marginaler. Tillsammans med de höga politiska inträdesbarriärerna var dock attraktiviteten för nya aktörer att slå sig in på marknaden låg, se Figur 20-A.

##### 7.2.5.2 Direkt efter införande av vårdval

Direkt efter införandet av vårdval för höft- och knäprotesoperationer lättade inträdesbarriärerna och flera nya aktörer auktoriserades. Sammanlagt ökade antalet kliniker med 25 procent som tillsammans tog 30 procent av marknadsandelarna under det första halvåret. I och med att det fanns en stor efterfrågan och volymbegränsningen togs bort och med den fria konkurrensen kunde de auktoriserade klinikerna snabbt råda bot på de långa vårdköerna och göra lönsamma affärer, se Figur 20-B.

##### 7.2.5.3 Tre år efter införande av vårdval

Nu, nästan tre år efter införandet av vårdvalet den 1 januari år 2009, har marknaden mättsats och tillväxten är låg då det inte längre finns några vårdköer. Dessutom har marginalerna minskats vilket tillsammans bidrar till sänkt attraktivitet på marknaden. Figur 20-C illustrerar dagens konkurrenssituation. För att klara av alla de bestämmelser som regelboken för vårdvalet omfattar krävs flera anställda som exempelvis kan dela på

de administrativa uppgifterna och reglerna för öppettider. I Stockholms läns landsting är det endast de stora vårdkoncernerna som har auktoriserats enligt detta vårdval och trenderna går mot en konsolidering då antalet nya aktörer blir för många.



## 8. Scenarioanalys

---

*I detta kapitel illustreras de två olika scenarier som har konstruerats för att utforma en hållbar affärsmodell för specialistkliniker som behandlar artrospatienter i Stockholms läns landsting. Scenarierna analyseras utifrån identifierade samhälleliga drivkrafter och är uppbyggda med hjälp av Osterwalders Business Model Canvas och Kim och Mauborgnes The Four Actions Framework som beskrivs i deras bok om Blue Ocean Strategy.*

---

### 8.1 Utvalda parametrar för analys av scenarierna

Med hjälp av scenarioanalys reflekteras här över olika tänkbara affärsmodeller för specialistkliniker som behandlar artros i Stockholm. Scenarierna har valts och utformats utifrån fyra parametrar som förväntas driva framtiden inom det valda vårdområdet. Parametrarna symboliserar samhällets drivkrafter och har identifierats som ett resultat av föregående analys i kapitel 7 om industrin för privat specialistvård och dess omgivande drivkrafter. Dessa fyra samhälleliga parametrar förväntas driva och påverka branschens attraktivitet och konkurrenssituation i framtiden:

- Förebyggande vård
- Nya innovationer och behandlingsmetoder
- Individanpassade behandlingar
- Den svenska politiken och landstingets ersättningsmodell

Dessa fyra utvalda parametrar diskuteras nedan och används av författarna för att identifiera potentiella framtida scenarier som analyseras utifrån valda modeller i detta kapitel för att sedan utvärdera och jämföra de olika scenarierna i kapitel 9.

#### 8.1.1 Förebyggande vård

De stora och ökande samhällskostnaderna som är förknippade med sjukdomen artros i form av behandlingar, uteblivna löner och produktionsbortfall ökar behovet av större satsningar på preventiv, förebyggande vård i hela västvärlden och bedöms därför som en viktig framtida drivkraft inom det valda vårdområdet.

#### 8.1.2 Nya innovationer och behandlingsmetoder

Många nya innovationer och behandlingsmetoder för sjukdomen artros är under utveckling, varav några av dessa finns beskrivna i kapitel 5.5. Utvecklingen riskerar idag att hållas tillbaka på grund av faktorer som skepsis bland vårdpersonal och politiker kring nya innovativa behandlingar samt brist på fungerande ersättningsmodell för dessa, som diskuteras vidare nedan. Eftersom dagens behandlingar främst är symptomlindrande och inte botande anser författarna att denna drivkraft kommer att bli allt viktigare i framtiden.

#### 8.1.3 Individanpassade behandlingar

Med alltmer kunniga kunder, bland annat den så kallade Google-generationen som tidigare har nämnts, ökar kraven från patienter på bättre, snabbare och mer individanpassade behandlingar. För att detta ska kunna möjliggöras måste

vårdpersonalen vara tillräckligt kompetent och specialiserad inom vårdområdet. En annan viktig faktor för denna drivkraft är en ökad tillgänglighet, exempelvis på Internet, för att ge patienterna tillfredsställande och individanpassad service.

#### **8.1.4 Den svenska politiken och landstingens ersättningsmodell**

Ett ofrånkomligt hinder i utvecklingen av långsiktigt hållbara affärsmodeller för specialistkliniker är den svenska politiken och landstingets ersättningsmodeller för svensk vård. Om det inte finns något hållbart ersättningsystem finns inte heller tillräckliga incitament för nya etableringar. Eftersom de regerande partierna kan ändras inför varje ny mandatperiod råder en stor osäkerhet i vårdsystemets framtid. Hur vården utformas av politikerna är inte bara avhängt deras partitillhörighet utan kan även variera från person till person inom samma parti. Detta gör vårdsystemets utformning i framtiden än mer osäker och riskfylld för de privata vårdgivarna på marknaden samt ställer ökade krav på relationsbaserat nätverkande mellan den privata vårdens ledande befattningshavare och politikerna.

## **8.2 Två identifierade scenarier**

För denna scenarioanalys har två scenarier framarbetats. Vid utformning av respektive affärsmodell har ovan nämnda parametrar tagits i åtanke, tillsammans med data från kapitel 3 till 6 med tillhörande case samt analysen i kapitel 7. De två scenarier som kommer att presenteras är:

1. PRIMA – Primärvårdsmottagning specialiserad på artros
2. REUCA – Reumatiskt centra med fokus på artros

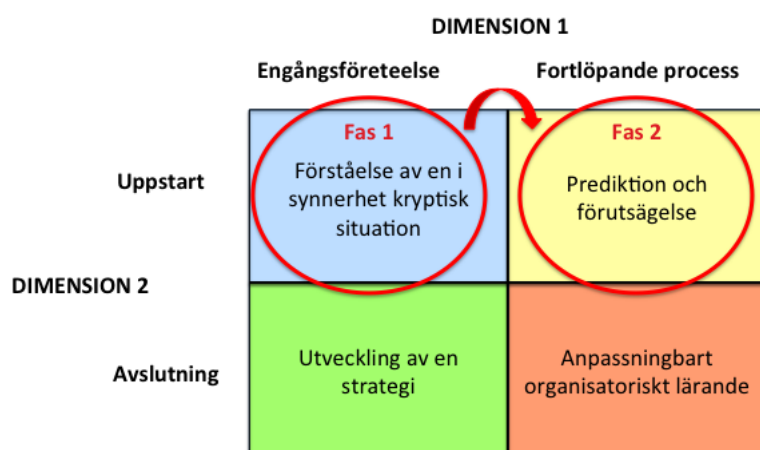
### **8.2.1 Två faser – Tänk stort, börja smått, agera nu!**

Scenarierna kommer att illustreras i två faser; start- respektive uppskalningsfas, i syfte att visa hur klinikernas erbjudande och affärsmodell kan komma att förändras över tid med avsikten att börja småskaligt men omgående och succesivt utveckla affärskoncepten. På detta sätt minimeras risker genom att binda mindre kapital i startfasen och efter hand utveckla affärskoncepten genom en iterativ process i samråd med kunder och andra intressenter. Genom att börja i en mindre skala bygger klinikerna upp ett förtroende och en legitimitet som skapar förutsättningar för utvecklingsmöjligheter i uppskalningsfasen.

De två utvalda scenarierna är båda nya koncept på marknaden där startfasen syftar till att bygga upp en stor patientbas samtidigt som de initiala och löpande kostnaderna minimeras. Efter att en substantiell patientbas har skapats är klinikerna i de två scenarierna redo för uppskalningsfasen där klinikerna kommer att satsa allt mer på att kunna erbjuda sina patienter de senaste och mest innovativa behandlingsmetoderna. Tack vare den kunskap som har byggts upp genom erfarenheten från den stora kundbasen blir kliniken dessutom mer attraktiv för inblandning i forsknings- och utvecklingsprojekt av nya behandlingsmetoder och kan tillgodose sig den nyaste tekniken och dess resultat snabbare.

Scenarierna och deras respektive två faser kan enligt Bradfield et al. (2005) kategoriseras in i en matris för målinriktad scenarioanalys<sup>272</sup>, se även kapitel 2.1.6 för mer information om denna analysmetod.

I syfte att exemplifiera startfasen, Fas 1 i Figur 21, för de två scenarierna används scenarioanalys för *Förståelse av en i synnerhet kryptisk situation* och hur denna situation, etableringen av en specialiserad artrosklinik i Stockholm, måste anpassas efter de fyra identifierade samhällsliga parametrarna som förväntas driva framtiden inom vårdområdet. Som ny aktör är det viktigt att skapa sig denna förståelse om de komplexa förutsättningarna för verksamheter som bedriver specialiserad vård; vilka relationer som behöver byggas och fokuseras på samt vilka spelregler som finns, både de som kan påverkas och de som affärsmodellen måste anpassas efter.



Figur 21: Målinriktad scenarioanalys för de scenariernas två faser

Scenarioanalys används sedan i uppskalningsfasen, Fas 2 i Figur 21, för att dra nytta av den förståelse som har skapats i startfasen för att ytterligare förstå omgivningens påverkande faktorer och bygga vidare på affärskoncepten. I uppskalningsfasen analyseras affärsverksamheternas fortlöpande uppstartsprocesser utifrån den typ av scenario som Bradfield et al. (2005) väljer att kalla *Prediktion och förutsägelse*.

### 8.2.2 Kombination av olika teoretiska modeller

Scenarierna som presenterats har primärt framarbetats med hjälp av Osterwalders Business Model Canvas, se kapitel 2.1.4 för mer information om modellen. Modellen används i scenarioanalysen för att visualisera de olika scenariernas affärsmodeller.

Vid analys av scenario nummer två, REUCA, har även The Four Actions Framework som beskrivs i Kim och Mauborgnes bok om Blue Ocean Strategy, se kapitel 2.1.5, valts att kombineras med Business Model Canvas. Blue Ocean Strategy används i detta scenario för att utvärdera och ifrågasätta utländska specialistklinikens erbjudande och affärsmodeller samt för att utforska hur dessa skulle kunna appliceras på svenska motsvarigheter genom att identifiera eventuella nya kundsegment som skulle kunna behandlas.

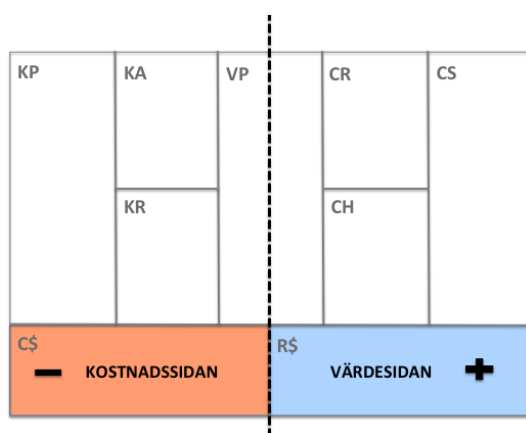
<sup>272</sup> Bradfield et al., 2005, s. 795–812.

Författarna väljer i scenario två att ställa sig de fyra frågor som utgör The Four Actions Framework:<sup>273</sup>

- **Eliminera:** Vilka faktorer som industrin tar för givna borde elimineras?
- **Reducera:** Vilka faktorer borde reduceras till under industrins standard?
- **Öka:** Vilka faktorer borde ökas till långt över industrins standard?
- **Skapa:** Vilka faktorer borde skapas som industrin tidigare aldrig har erbjudit?

Syftet med att ställa dessa frågor är att utmana de befintliga strategier och affärsmodeller som används i industrin samt hitta de aktiviteter som genererar så kallat *value innovation*.<sup>274</sup>

Som illustreras i Figur 22 kan Osterwalders Business Model Canvas delas upp i två sidor; en kostnadssida och en värdesida.



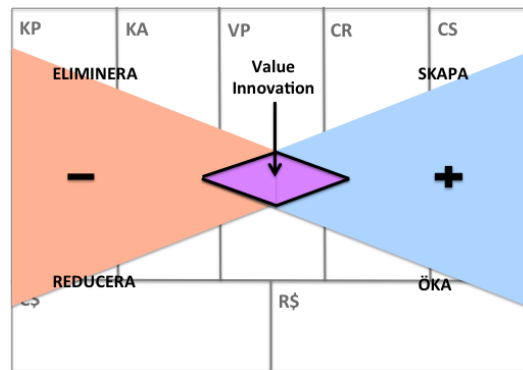
Figur 22: Business Model Canvas två sidor

Den vänstra sidan i modellen klassificeras i Figur 22 som *Kostnadssidan* och utgörs av de kostnader och den infrastruktur som behövs i en affärsmodell i form av samarbetspartners, aktiviteter och resurser. Högersidan i modellen klassificeras i samma figur som *Värdesidan* och utgörs av kundfokuserade och värdeskapande aktiviteter som kundrelationer, marknadsföringskanaler och kundsegment.

I Figur 23 illustreras hur förändringar utifrån The Four Actions Framework som görs på värdesidan i affärsmodellen påverkar kostnadssidan, och vice versa. Exempelvis genom att ett företag hittar nya eller utökar sina befintliga kundsegment (CS) kan antalet och kostnaderna för samarbetspartners (KP) minska med fokus på att generera värdefull information för företaget.

<sup>273</sup> Kim et al., 2005, s. 35.

<sup>274</sup> Osterwalder 2010, s. 228.



Figur 23: Kombination av Business Model Canvas och The Four Actions Framework

Kombinationen av modellerna Business Model Canvas och Blue Oceans Strategy syftar till hitta en balans mellan de båda sidorna för att erhålla så stort value innovation som möjligt.<sup>275</sup>

### 8.3 Scenario 1: PRIMA

Enligt Viss, Stockholms läns landstings informationsbank, är behandling av sjukdomen artros förlagd till primärvården. Detta första scenario utgörs därför av en modifierad primärvårdsmottagning som är specialiserad på att ta emot patienter som lider av artros. Akronymen PRIMA har valts att användas i beskrivningen av detta scenario.

PRIMA liknar en primärvårdsmottagning i det avseende att kliniken erbjuder grundläggande medicinsk behandling, enligt definitionen för primärvård, se även Definitioner i examensarbetets inledning på sidan 7. Till skillnad från de primärvårdskliniker som finns etablerade i Stockholm idag är PRIMA enbart fokuserad på patienter som lider av artros, såväl diagnostiserad som icke-diagnostiserad artros. Av denna anledning faller PRIMA inte inom ramen för Stockholms läns landstings vårdval inom primärvård, men är i egenskap av rehabiliterande verksamhet till viss del omfattad av offentlig ersättning, vilket framförallt påverkar klinikens intäktsströmmar som diskuteras i kapitel 8.3.2.6.

#### 8.3.1 Primas två faser

PRIMA kommer i den inledande startfasen att endast ha ett fåtal heltidsanställda och en mindre lokal utan avancerad utrustning för att minimera de initiala och löpande kostnaderna. Fokus kommer att ligga på att bygga upp en stor patientbas genom diagnostisering av artros, utbildning och upplysning kring sjukdomen samt relationsbyggande med viktiga opinionsbildare och potentiella samarbetspartners i form av framförallt välrenommerade specialistläkare inom ortopedi och reumatologi, politiker samt patientföreningar.

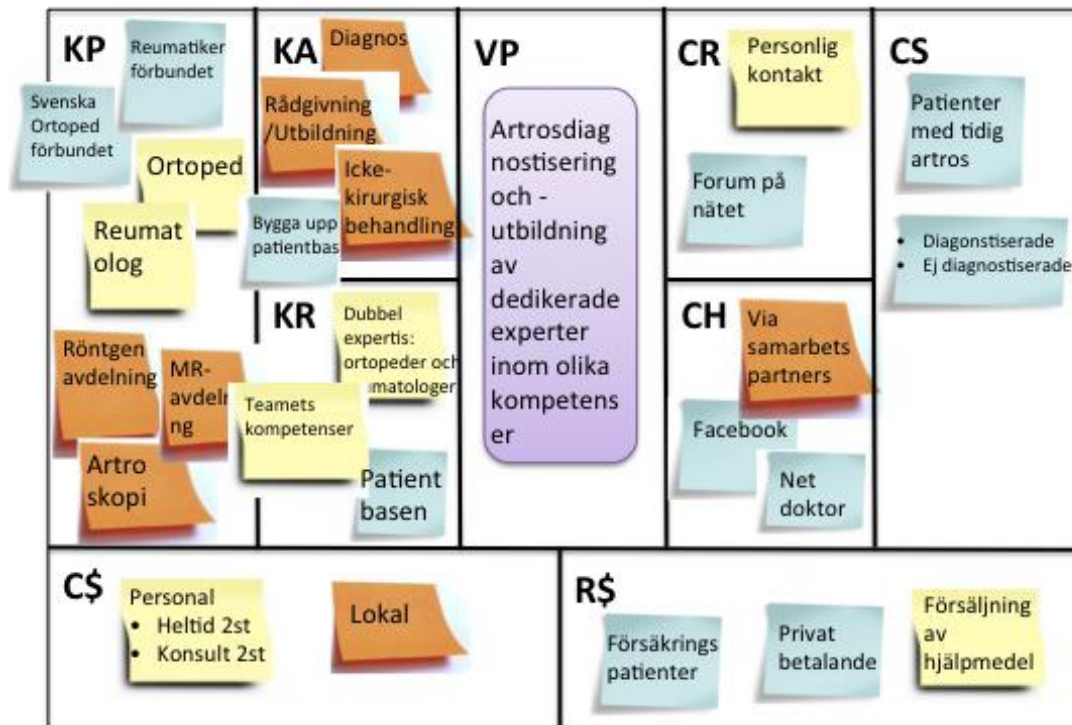
PRIMAs affärsmodell kommer att beskrivas utifrån startfasen och i ett efterföljande stycke diskutera de viktigaste förändringarna som uppskalningsfasen innebär.

<sup>275</sup> Osterwalder 2010, s. 228.

### 8.3.2 PRIMAs affärsmodell

Figur 24 visar de viktigaste komponenterna i PRIMAs affärsmodell. I figuren visas de engelska förkortningarna för de olika delar som utgör affärsmodellens verktyget Business Model Canvas, se även kapitel 2.1.4 för mer information om denna modells uppbyggnad.

#### PRIMA – tar artrosen på allvar



Figur 24. PRIMAs affärsmodell

#### 8.3.2.1 Nyckelresurser (KR)

PRIMAs viktigaste resurser utgörs av vårdpersonalens kompetenser. Enligt Viss klassificering av artrosbehandling som hänvisad till primärvården klarar sig många artrospatienter sig bra utan remiss till specialtläkare. Problemet med dagens behandling i primärvården är istället ofta okunnighet kring sjukdomen. PRIMAs filosofi är att det i detta inledande skede, för de flesta patienter som lider av artros, är tillräckligt att träffa kunnig vårdpersonal som är kompetenta att förklara och undervisa i hur artrossjukdomen på enkla sätt kan behandlas och underlättas i vardagen. Teamet på PRIMA består därför till en början av en sjukgymnast och en arbetsterapeut med spetskompetens inom artros som är heltidsanställda av kliniken och arbetar under mottagningens öppettider som utgörs av dagtid vardagar. Tillsammans har de ett nära samarbete med specialtläkare inom ortopedi och reumatologi som är anställda på kliniken som konsulter vid behov. PRIMA lägger stor vikt på att dessa två specialistkompetenser arbetar i ett nära samarbete för att få kunskapsspridning och skapa synergieffekter.

Då vårdpersonalens kompetenser utgör nyckelresursen för PRIMA sätts stort värde på att rekrytera och anställa de allra bästa inom respektive professioner, som dessutom har rätt attityd och förhållningssätt. PRIMA värderar högt att de anställda är öppna för

att arbeta med andra kompetenser och tillsammans ta artrossjukdomen på allvar samt ha ett intresse för och en nyfikenhet att utveckla behandlingen av artros och hitta nya innovativa metoder. Branschen är väldigt prestigefylld och relationsbaserad vilket ytterligare ökar vikten av att anställa personer rätt inställning som kan skapa nödvändiga personliga kontakter och upprätthålla dessa.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten är båda mycket kompetenta specifikt inom sjukdomsområdet artros och hur sjukdomen kan behandlas på bästa sätt. Sjukgymnasten ansvarar för att undersöka artrospatienterna. Denne kan med sin kompetens inom artros diagnostisera de flesta patienter som kommer till kliniken, och precis som nämnts i kapitel 5.4.1.1 räcker det för de flesta artrospatienter att diagnostiseras genom klinik undersökning. I annat fall konsulteras specialistläkarna som är övergripande ansvariga för alla diagnoser som ställs. Arbetsterapeuten assisterar sjukgymnasten för att underlätta vardagen för artrospatienterna på bästa sätt. Arbetsterapeuten är även klinikens verksamhetschef och övergripande ekonomiskt ansvarig.

Det unika samarbetet mellan ortopedin och reumatologin för att behandla artrospatienter karakteriserar och utmärker kliniken PRIMA. Ortopeden och reumatologen är ledande specialister inom sina respektive professioner. De är mycket värdefulla resurser tack vare sin expertis och sina kontakter med forskarteam inom respektive profession. Ortopeden och reumatologen arbetar tillsammans för att hjälpa de patienter som bedöms av sjukgymnasten som mer komplicerade fall och som behöver deras specialiserade hjälp samt utför det arbete på kliniken som kräver läkarlicens. Ortopeden och reumatologen har på var sin håll nära samarbeten med den nyaste forskningen kring artros och kan med sina gedigna kompetenser hjälpa och behandla även de mest komplicerade fall av artros.

### **8.3.2.2 Kundsegment (CS)**

PRIMAs erbjudande riktar sig till den stora massan patienter som lider av artros. Denna utgörs av patienter som tidigare har blivit diagnostiserade men inte upplever att primärvården tar deras tillstånd på tillräckligt stort ansvar och som inte anser att de erhåller tillfredsställande vård i dagsläget. Patienterna utgörs även av icke-diagnostiserade patienter som upplever artrosrelaterade symptom. Kundsegmenten som PRIMA vänder sig till i första hand är patienter som i vanliga fall skulle ha besökt en primärvårdsmottagning.

I första hand riktar sig PRIMA till patienter som lider av så kallad tidig artros, den målgrupp som i kapitel 5.3.1 beskrivs som den obehandlade massan. Det är i detta skede som insatta åtgärder har som mest effekt då kunskapen kring sjukdomsförloppet är bristfällig. Denna patientgrupp utgörs av personer i åldrarna upp till cirka 50 år som börjar känna av smärtor i exempelvis knä eller höft. Det kan även vara personer som har varit med om ett trauma och är oroliga för att utveckla artros framöver. Patienterna som lider av tidig artros erbjuds sjukgymnastik och undervisning om sjukdomsförloppet och vilka åtgärder som kan tas för att minska smärtan samt utgör ett ovärderligt underlag för framtida forskningsframsteg. Även patienter med längre gången artros är välkomna till kliniken för utbildning och rådgivning och remitteras vid behov vidare till en klinik som utför protesoperationer.



PRIMA räknar med att kunderna kommer att bli återkommande eftersom en patient som behöver rehabilitering ofta besöker en sjukgymnast flera gånger. År 2010 var antalet besök per patient i genomsnitt 9,2 besök.<sup>276</sup> I samband med artrosskolor, en typ av behandling som presenteras i kapitel 5.4.2.2 och liknar PRIMAs undervisande verksamhet, innefattar minst tre individuella besök hos sjukgymnast eller arbetsterapeut.<sup>277</sup>

### **8.3.2.3 Värdet/Erbjudandet (VP)**

I uppstartsfasen erbjuder PRIMA framförallt diagnostisering av artros, utbildning och rådgivning om artros samt kompletterande icke-kirurgisk behandling av sjukdomen i form av sjukgymnastik och farmakologisk behandling. Behandlingen är initialt fokuserad på utbildning och rådgivning. Detta standardiserade behandlingssystem gör det möjligt att ta emot en stor mängd patienter samt effektivisera och jämföra utfall. På detta sätt kan PRIMA tillfredsställa den stora massan som lider av tidig artros genom att erbjuda dem den bästa men samtidigt enkla behandling som finns att tillgå på ett mycket professionellt och serviceinriktat sätt. Samtidigt skapar PRIMA förutsättningar för fler innovativa forskningsframsteg inom vårdområdet i framtiden.

Det unika i PRIMAs erbjudande ligger i att kliniken kombinerar duktiga sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetar heltid på kliniken med nära samarbete med specialister inom både reumatologi och ortopedi för att hålla sig à jour med de nyaste rönen om hur artros bäst kan behandlas.

### **8.3.2.4 Marknadsföringskanaler (CH)**

Då ett av PRIMAs primära mål är att skapa en stor patientbas är det mycket viktigt för kliniken att arbeta proaktivt med marknadsföring för att locka till sig patienter. Framförallt lägger PRIMA mycket energi på Internetbaserade marknadsföringskanaler i syfte att identifiera patienter med tidig artros och nå ut till alla dem som inte redan har hittat en tillfredsställande behandling.

PRIMA syns där patienterna som söker bättre artrosvård finns. Framförallt är detta på nätet; på olika hemsidor och i olika forum. PRIMA finns och är aktiva inom sociala medier som Facebook och genom att blogga och svara på frågor på sajter som Netdoktor.se. PRIMA marknadsförs förutom på sin egen hemsida även på sina samarbetspartners hemsidor och idrottsrelaterade hemsidor vars sporter är förknippade med risk för broskskador, exempelvis skidåkning. Genom att synas och vara aktiv i ett flertal olika Internetsammanhang ökar möjligheten att nå ut till alla PRIMAs kundsegment.

Förutom att synas på Internet lägger PRIMA stor vikt vid att nätverka med patientföreningar som till exempel Reumatikerförbundet och Svenska Ortopedförbundet där en stor andel artrospatienter kan finnas registrerade. Genom att skapa bra relationer till dessa organisationer stärks dessutom klinikens legitimitet.

---

<sup>276</sup> Hälso- och sjukvårdslandstinget Göteborg, 2010.

<sup>277</sup> BOA, 2011.



### 8.3.2.5 Kundrelationen (CR)

Den första kontakten med en stor andel av PRIMAs patienter förväntas bli via Internet. PRIMA satsar resurser på att vara aktiva på forum där patienterna håller till, se även kapitel 8.3.2.4 om marknadsföringskanaler. Det aktiva deltagandet på Internet fungerar som en extra anställd som kan kommunicera med patientgruppen, utbilda och ge råd kring artros samt stärka klinikens varumärke som den klinik där artros tas på allvar.

Även den personliga kontakten mellan patienterna och vårdpersonalen är viktig för att skapa värdefulla och trogna relationer, för att patienten skall känna sig förstörd samt sprida PRIMAs goda rykte. Patienten får vid sitt första besök på kliniken träffa en sjukgymnast som ställer en första diagnos. Om högre utbildad personal i form av specialistläkare behöver rådfrågas bokas ett besök med reumatologen och ortopederna in under en tid då de tillsammans är verksamma på PRIMA.

### 8.3.2.6 Intäktsströmmar (R\$)

Då PRIMA liknar en primärvårdsklinik men inte erbjuder alla de vårdaktiviteter som regelboken för vårdval inom primärvård kräver för auktorisering kan PRIMA inte omfattas av primärvårds-vårdvalet.

Detta innebär att de möjligheter som återstår för PRIMA att erhålla offentlig ersättning från landstinget är begränsade till dess verksamhet inom sjukgymnastik och arbetsterapi som omfattas av ersättning för primärvårdsrehabilitering och ersättningen enligt *Lagen om offentlig ersättning för sjukgymnastik (LOS)*. Det finns idag även upphandlade avtal inom rehabilitering men det finns inga planer på att lägga ut nya upphandlingar i Stockholm. Istället är vårdval inom verksamhet för sjukgymnastik och arbetsterapi på gång och beslut förväntas tas om detta i början på år 2012.<sup>278</sup>

#### Offentlig ersättning för primärvård

Ersättningen inom primärvårds-vårdvalet är tredelad; fast ersättning för varje listad patient, rörlig ersättning för varje besök oavsett tidsåtgång eller åkomma samt en liten målrelaterad del i form av bonus eller vite beroende på vårdresultat.<sup>279</sup> Delar av den rörliga ersättningen inom primärvårds-vårdvalet i Stockholm kan utläsas ur Tabell 9.

Vårdaktivitet	Ersättning (SEK/besök)
Besök hos läkare	479
Besök hos sjuksköterska	200
Besök hos undersköterska	150

Tabell 9: Offentlig ersättning för primärvårdsbesök i Stockholm läns landsting

Ungefär 60 procent av den totala ersättningen från Stockholms läns landsting till de primärvårdskliniker som är auktoriserade enligt vårdvalet kommer från den rörliga ersättningen per patientbesök. 40 procent av intäkterna kommer från den fasta

<sup>278</sup> Norén, 2012

<sup>279</sup> Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2011, s. 63 – 64.

ersättningen som utgörs av listade patienter. Den målrelaterade delen med bonus eller vite utgör cirka 3 procent.<sup>280</sup>

### Offentlig ersättning för primärvårdsrehabilitering

Offentlig ersättning för primärvårdsrehabilitering betalas ut till de verksamheter som finns på exempelvis närsjukhus och därmed tillhör primärvården.<sup>281</sup> Denna typ av öppenvårdsrehabilitering inkluderar ersättning för arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dietister och undersköterskor. I Tabell 10 visas ersättningsnivåer inklusive patientavgiften för arbetsterapeuter och sjukgymnaster som omfattas av den offentliga ersättningen för primärvårdsrehabilitering.<sup>282</sup>

Vårdaktivitet	Ersättning för besök hos arbetsterapeut (SEK)	Ersättning för besök hos sjukgymnast (SEK)
Förstagångsbesök	560	560
Återbesök	476	277
Särskilt tidskrävande besök (minst 45 min)	714	487
Enkel åtgärd (minst 15 min)	113	113

Tabell 10. Offentlig ersättning för primärvårdsrehabilitering i Stockholms läns landsting

En anledning till att ersättningen för återbesök och särskilt tidskrävande besök hos arbetsterapeuter är högre än motsvarande besök hos sjukgymnaster kan vara att ett besök hos en arbetsterapeut ofta tar längre tid.

Av de 38 vårdgivare som år 2010 var auktoriserade enligt denna ersättning var den genomsnittliga ersättningen per besök inom primärvårdsrehabilitering 540 SEK. Till skillnad från siffrorna i Tabell 10 är denna summa exklusive patientavgift.<sup>283</sup> En orsak till att den genomsnittliga ersättningen kan verka förhållandevis hög är för att detta ersättningssystem även omfattar rehabilitering i form av lymfterapi vilka ges högre kompensationer än de besök som kan utläsas ur tabellen ovan.

### Ersättning för rehabilitering och specialistvård enligt LOS

Den offentliga ersättningen som i dagsläget råder för enskilda sjukgymnaster och specialistläkare som inte tillhör primärvården är fastställda enligt LOS och kräver ett samarbetsavtal mellan landstinget och vårdgivaren.<sup>284</sup> I LOS är ersättningen uppdelad i normalt, enkelt och särskilt arvode. I Tabell 11 kan ersättningsnivåerna för de olika

<sup>280</sup> Grujic et al., 2009, s. 24.

<sup>281</sup> Benner-Forsberg et al., 2011.

<sup>282</sup> Norén, 2012.

<sup>283</sup> Wikström, 2011.

<sup>284</sup> Benner-Forsberg et al., 2011.

typerna av arvode, som inkluderar patientavgiften, för sjukgymnaster och specialistläkare utläsas.<sup>285,286</sup>

Vårdaktivitet	Ersättning för sjukgymnast (SEK/besök)	Ersättning för specialistläkare (SEK/besök)
Normalt arvode	323	697-1240
Enkelt arvode	100	230
Särskilt arvode	828	1020 - 5550

Tabell 11. Offentlig ersättning för sjukgymnastik

Normalarvodet är ett enhetligt arvode för den huvudsakliga delen av behandlingarna i verksamheten och baseras på beräknade mottagningskostnader och årlig besöksvolym i sjukgymnastisk verksamhet. Enkelt arvode är ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar som är cirka 20 till 25 minuter. Särskilt arvode betalas ut för de åtgärder som är särskilt tids- eller kostnadskrävande.<sup>287</sup>

Den av landstinget utbetalda ersättningen per besök hos sjukgymnast enligt LOS var år 2010 i genomsnitt cirka 380 SEK per besök. Motsvarande ersättning till specialistläkare var år 2010 cirka 620 SEK per besök. Till skillnad från siffrorna i tabellen är dessa summor exklusive patientavgiften.<sup>288</sup>

Det är denna offentliga ersättning enligt LOS som är sannolik att PRIMA skulle kunna bli auktoriserad enligt.

### Ersättning från försäkringsbolag

Ersättningsavtal med försäkringsbolag tecknas enskilt mellan vardera kliniken och försäkringsbolag vilket gör att ersättningsnivåerna skiljer sig åt och är anpassade efter klinikens erbjudande.

### Patientavgifter

Patientavgiften som patienten betalar själv för ett besök är i Stockholms läns landsting 200 SEK per besök hos läkare och 350 SEK per besök hos en specialistläkare.<sup>289</sup> Patientavgiften för att besöka en sjukgymnast eller arbetsterapeut är 100 SEK, oavsett om det är i primärvården eller i specialistvården samt första eller efterföljande besök.<sup>290</sup>

### Priser för besök hos PRIMA

PRIMA förväntas erbjuda vård till alla de olika finansiella kundgrupper som finns på marknaden; offentligt ersatta patienter, försäkringspatienter och privat betalande

<sup>285</sup> Green, 2011.

<sup>286</sup> Svensk författningssamling, 2011.

<sup>287</sup> Riksdagen, 2011.

<sup>288</sup> Riksdagen, 2011.

<sup>289</sup> Vårdguiden, 2012.

<sup>290</sup> Vårdguiden, 2012.

patienter. Förutsatt att PRIMA godkänns för offentlig ersättning enligt LOS betalar de offentligt ersatta patienterna endast patientavgiften och resterande intäkter erhåller PRIMA enligt den avtalade prislistan som presenterats i Tabell 11.

För försäkringspatienter och privat betalande patienter skulle PRIMA behöva ta ut avgifter per patient enligt Tabell 12, baserat på tidigare redovisade prislistor, för att täcka den uteblivna intäkten från landstinget och den nuvarande patientavgiften.

Vårdaktivitet	Pris (SEK/besök)
Besök hos läkare	1000
Besök hos specialistläkare	1150
Besök hos sjukgymnast	420
Besök hos arbetsterapeut	520
Besök hos sjukgymnast, särskilt	900
Besök hos arbetsterapeut, särskilt	1250

Tabell 12. PRIMAs prislista

Eftersom besöken hos läkare och specialistläkare är baserade på offentlig ersättning för rutinbesök förväntas PRIMA eventuellt kunna ta ut en högre summa vid besök hos ortoped- och reumatologspecialisterna då dessa förmodligen kommer att utföra mer komplicerade undersökningar. Några uppgifter om rimliga ersättningsnivåer för mer avancerade undersökningar har inte kunnat hittas.

I de fall där patienterna behöver annan typ av behandling än PRIMA kan erbjuda skickas de till PRIMAs samarbetspartners som ansvarar för kostnaden relaterad till dessa behandlingar. Alla PRIMAs samarbetsavdelningar omfattas av offentlig ersättning vilket inte innebär några merkostnader för patienterna. PRIMA är endast en förmedlare av patienter till dessa samarbetspartners.

### Försäljning av hjälpmedel

Ett sätt att komplettera patientintäkterna är att erbjuda försäljning av hjälpmedel som till exempel skoinlägg, promenadkäppar, knäledsstöd med mera som patienten har fått prova ut tillsammans med arbetsterapeuten på kliniken.

#### 8.3.2.7 Nyckelaktiviteter (KA)

PRIMAs erbjudande förutsätter nyckelaktiviteter i form av diagnostisering av artros, rådgivning och utbildning samt annan icke-farmakologisk behandling. Därtill kommer den mycket viktiga aktiviteten att bygga upp en patientbas, det vill säga kunskapsbas, för nödvändig framtida forskning.

Diagnostiseringen sker till största del med hjälp av sjukgymnasten, som är väl utbildad inom just sjukdomsområdet artros, och som genomför en klinisk undersökning. På PRIMAs mottagning finns ingen avancerad utrustning vilket innebär att om exempelvis

röntgen bedöms nödvändigt för diagnos kontaktas samarbetspartners som kan erbjuda patienterna denna typ av diagnostisering, et cetera.

De patienter som har diagnostiserats med artros behandlas av sjukgymnasten och arbetsterapeuten genom rådgivning och utbildning för att underlätta vardagen med artros.

Annan icke-kirurgisk behandling kan vara av farmakologisk art då de konsulterande läkarna har möjlighet att ordinera lämpliga läkemedel.

#### **8.3.2.8 Nyckelsamarbeten (KP)**

Eftersom PRIMA till en början inte investerar i någon avancerad utrustning på den egna kliniken behövs samarbeten med exempelvis röntgenavdelning, magnetröntgenavdelning och artroskopiavdelning för att kunna skicka patienter vidare som behöver denna typ av behandling. Dessutom är det fördelaktigt med nätverk som dessa, med andra vårdinstitutioner, då exempelvis en patient kan diagnostiseras med artros till följd av en artroskopi på en klinik som själva inte har möjlighet att erbjuda patienten relevant behandling mot artrosen men gärna skickar denne vidare till en artrosklinik.

Samarbeten är även viktiga för att kunna komma i kontakt med potentiella nya patienter. Tack vare värdefulla samarbeten med patientorganisationer som Reumatikerförbundet och Svenska Ortopedförbundet kan PRIMA komma i kontakt med och hjälpa fler patienter som lider av artros.

För att kunna ta emot försäkringspatienter krävs även samarbeten med diverse försäkringsbolag där ersättningar för olika typer av behandlingar avtalas.

Genom att de två konsultanställda specialistläkarna i sin tur samarbetar med forskningsenheter som på längre sikt planeras att bli en del av PRIMAs organisation kan PRIMA på smidigt sätt vara först med att komma i kontakt med och hjälpa till att utreda nya innovativa behandlingsmetoder.

Utöver dessa samarbeten hålls goda relationer till sittande politiker för att PRIMA ska hålla sig uppdaterad om kommande förändringar av ersättningssystemen inom hälso- och sjukvårdssektorn.

#### **8.3.2.9 Kostnadsstruktur (C\$)**

Den största kostnaden utgörs av personalkostnader. För att sänka denna kostnad har kliniken endast två heltidsanställda; en sjukgymnast och arbetsterapeut. De två specialisterna; en ortopedläkare och en reumatologläkare, är anställda som konsulter för att ta hand om de mer komplicerade fallen och utföra de sysslor som behöver en läkares kvalifikationer.

Ytterligare kostnader består av lokalhyra och andra mindre administrativa kostnader.

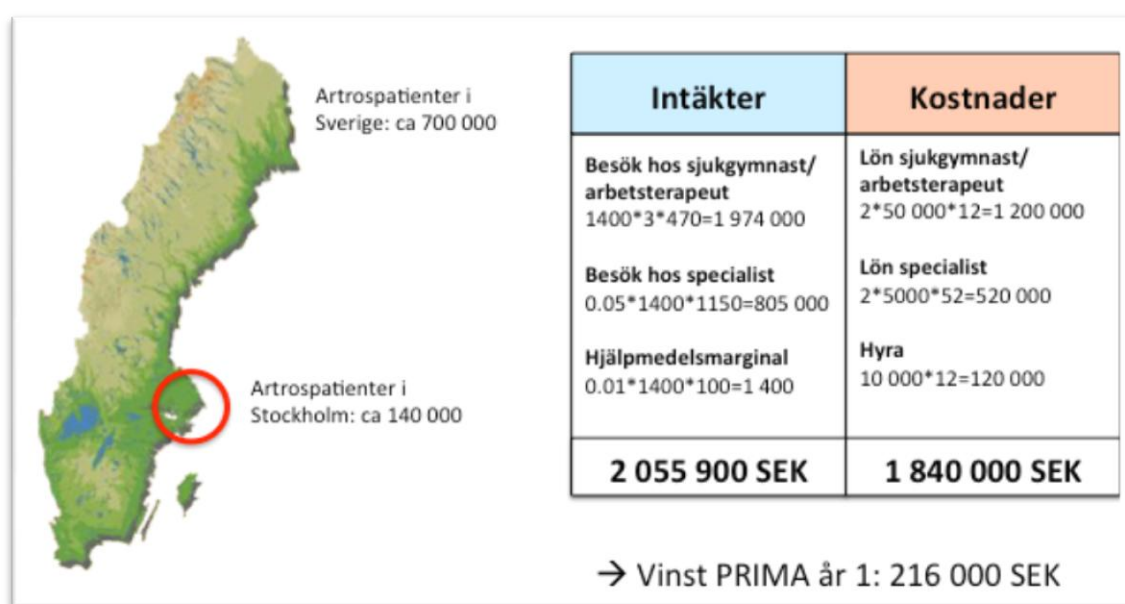
PRIMAs marknadsföring består till största del av relationsbaserat nätverkande med klinikens olika samarbetspartners vilket gör att höga kostnader för PR-arbete kan undvikas.

### 8.3.3 Räkne-exempel: lönsamt PRIMA

I detta stycke följer ett räkneexempel som visar hur PRIMA i startfasen går med vinst genom att ta en procent av marknadsandelarna, det vill säga nå ut till en procent av patienterna som lider av artros i Stockholmsområdet.

Vardera patienten förväntas återkomma till sjukgymnasten eller arbetsterapeuten i genomsnitt tre gånger, baserat på tidigare uppgifter om antalet besök per patient som går artrosskola. Fem procent av det totala antalet patienter beräknar PRIMA remittera till specialisterna en gång under året. Detta motsvarar sammanlagt cirka 13 patienter per dag under de fem dagar per vecka som kliniken är öppen.

Priserna per besök är enligt Tabell 12 och lönerna är konkurrensmässiga. En procent av patienterna uppskattas köpa hjälpmedel med en marginal på 100 SEK. Denna estimering resulterar i följande lönsamhetsanalys, se Figur 25.



Figur 25. Räkne-exempel PRIMA

Ur räkneexemplet framgår att patienternas besök hos sjukgymnasten och arbetsterapeuten kommer att finansiera de dyra besöken hos den konsulterade ortopedern och reumatologen då dessa som enskilda är för dyra för att gå med vinst i startfasen.

Eftersom antalet artrospatienter ökar med den åldrande befolkningen och PRIMA eventuellt skulle kunna ansöka om att kunna ta emot även utomlänspatienter antas antagandena om marknadsandelarna, en procent i Stockholmsområdet, i räkneexemplet vara rimliga.

### 8.3.4 Förändringar i uppskalningsfasen

PRIMAs patientbas som byggs upp under klinikkens startfas kommer att spela en avgörande roll vid uppskalning av affären. Framför allt kommer denna att användas för att driva forskning kring sjukdomsområdet, bli en *early adapter* av nya innovativa behandlingsmetoder och generera intäkter i uppskalningsfasen. Tack vare den trogna

kundrelationen som har etablerats i startfasen förväntas kontakten att bibehållas med alla de patienter som kan vara aktuella för framtida behandlingsmetoder.

I den första fasen ges patienterna möjlighet till att leva ett bättre liv med de förhållandevis enkla och billiga men bra och erkända metoder som finns på marknaden just nu genom relativt standardiserade behandlingssystem. I uppskalningsfasen kan PRIMA sedan dra slutsatser om vilka metoder som fungerar bäst tack vare sin gedigna erfarenhet och stora patientbas. Framför allt ges patienterna i uppskalningsfasen möjlighet att ta del av de allra senaste behandlingsmetoderna som har tagits fram med hjälp av nära samarbeten med forskarteam som har fått ta del av den värdefulla kundbas som kliniken har skapat i den första fasen.

## 8.4 Scenario 2: REUCA

Det andra scenariot som har arbetats fram utgörs av ett reumatiskt centra med fokus på artros och går under arbetsnamnet REUCA. Inspiration till denna klinik har hämtats från utlandet och framförallt de framgångsrika Arthritis Centers som hittas i USA och beskrivs i Case 3. Tillsammans med idéer från utländska reumatiska centra och det faktum att Sverige ligger i framkant inom reumatologisk forskning<sup>291</sup> har scenariot REUCA stor potential att lyckas på marknaden för specialistkliniker.

### 8.4.1 REUCAs två faser

REUCA följer precis som föregående scenario devisen *Tänk stort, börja smått, agera nu*. Startfasen för REUCA utmärks av att kliniken tar emot patienter med reumatiska sjukdomar för att snabbt kunna komma igång och täcka de stora kostnader som är relaterade till etablering på marknaden. I uppskalningsfasen riktar REUCA allt större uppmärksamhet mot specifikt de patienter som lider av artros och behandlar dessa utifrån ett reumatologiskt tänk men utökar även klinikens samarbete med ortopedier som förstår ledens konstruktion.

REUCAs affärsmodell beskrivs utifrån startfasen och de viktigaste förändringarna förknippade med övergången till uppskalningsfasen beskrivs vidare i kapitel 8.4.4.

### 8.4.2 REUCAs affärsmodell

Artros är den vanligaste av de reumatiska sjukdomarna och dessutom en av de reumatiska sjukdomarnas undergrupper. REUCAs affärsidé är att behandla artrosen som den reumatiska sjukdom som den är, det vill säga av specialiserade reumatologer istället för att allmänläkare i primärvården. Genom att kliniken, tack vare anställda reumatologer, har möjlighet att ta emot reumatiker även med andra sjukdomar än artros har kliniken en stabil intäktskälla redan i startfasen.

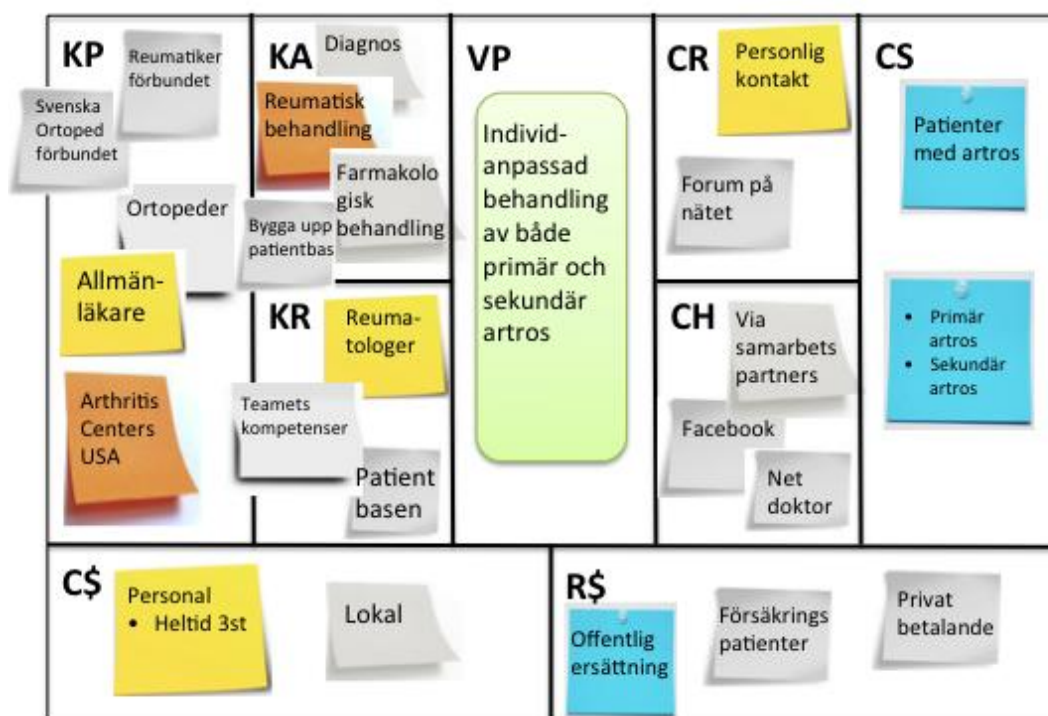
I Figur 26 visas affärsmodellen för REUCA tillsammans med dess essentiella ingående faktorer. Detta eftersom flera av komponenterna i REUCAs affärsmodell liknar de för PRIMA och är markerade som grå i figuren. I syfte att undvika upprepning diskuteras dessa grå komponenter inte i detta kapitel. De viktigaste skillnaderna som syns i färg i Figur 26 förklaras däremot under nedanstående delrubriker.

---

<sup>291</sup> Bergstrand, 2009.



## REUCA – behandlar artrosen som den reumatiska sjukdom den är



Figur 26: REUCAs affärsmodell

### 8.4.2.1. Nyckelresurser (KR)

Precis som på PRIMA är REUCAs nyckelresurs dess vårdpersonals kompetens. På REUCA arbetar den allra bästa vårdpersonalen inom professionen för reumatologi. Tätt tillsammans med reumatologerna arbetar på REUCA även sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt en konsultanställd ortoped som bildar det multikompetenta teamet.

### 8.4.2.2 Kundsegment (CS)

REUCA behandlar alla patienter som lider av artros, både de som har primär artros och de som lider av sekundär artros som en följd på grund av andra reumatiska besvär.

Förutom artrospatienter behandlar REUCA även patienter med andra reumatiska sjukdomar vilka utgör ytterligare ett kundsegment. Exempelvis lider ungefär 65 000 svenskar av reumatoid artrit, en siffra som ökar med över 2000 personer per år.<sup>292</sup> Detta är dessutom en återkommande kundgrupp som ofta lider av flera olika typer av besvär och systemsjukdomar, se Case 3.

### 8.4.2.3 Värdet/Erbjudandet (VP)

REUCA erbjuder individanpassad behandling till patienter med både primär och sekundär artros som sitt främsta erbjudande då det är inom dessa områden som personalen har sin främsta kompetens.

<sup>292</sup> Internet medicin, 2011.



#### 8.4.2.4 Intäktsströmmar (R\$)

Ersättningen för att behandla de patienter som endast lider av artros liknar de intäktsströmmar som beskrivits för PRIMA i kapitel 8.2.2.6. Genom att REUCA erbjuder vård även till patienter som lider av andra reumatiska sjukdomar öppnas däremot möjligheten för kliniken att delta i de upphandlingar för behandling av reumatiska sjukdomar som idag ger rätt till offentlig ersättning. Ersättningsnivåer i samband med upphandlingar kan variera stort och prisexempel nämns därför inte här.

I Stockholm förväntas vårdval inom reumatism att införas år 2012<sup>293</sup> vilket innebär att REUCA då istället har möjlighet att bli auktoriserad vårdgivare inom reumatism för att även fortsättningsvis kunna erhålla offentlig ersättning. Den exakta utformningen av detta vårdval är fortfarande under diskussion men kommer förmodligen *inte* att omfatta behandling av artros då denna sjukdom, som nämnts tidigare, är hänvisad till primärvården enligt Viss. Artrosbehandlingen kan istället omfattas av de ersättningsmodeller som finns för rehabiliterande verksamhet som presenterats i 8.3.2.6.

Resterande intäkter förväntas komma från de försäkrade patienterna och de privat betalande som baserade på befintliga klinikers intäktsfördelningar i kapitel 6 förväntas utgöra en relativt liten del av intäkterna.

#### 8.4.2.5 Nyckelsamarbeten (KP)

REUCA samarbetar och hämtar inspiration från utländska kliniker som till exempel Arthritis Centers som utgör föregångare till denna klinik.

En annan skillnad från PRIMA är att REUCA behöver ett relationsbaserat samarbete med läkare i primärvården för att kunna ta emot patienter som remitteras till reumatologer.

REUCA har även ett nära samarbete med ortopedier för att ha möjlighet att erbjuda ortopedkompetens till de patienter som är i behov av detta.

#### 8.4.3 REUCA jämfört med Arthritis Centers i USA

REUCAs affärsmodell utgår ifrån dess föregångare i form av amerikanska motsvarigheter. I USA är det vanligt att patienter som lider av primär eller sekundär artros behandlas på specialistkliniker där främst reumatologer arbetar, de så kallade Arthritis Centers som har beskrivits i Case 3. Med syftet att kunna ta med de bästa delarna ur de amerikanska reumatiska centras affärsmodeller genomförs en analys utifrån the Four Actions Framework med resultatet som visas i Figur 27.

---

<sup>293</sup> Uppdragsguiden, 2011.

ELIMINERA	SKAPA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternativmedicinska behandlingsmetoder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internationella samarbeten mellan kliniker i USA och REUCA i Sverige</li> </ul>
REDUCERA	ÖKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andelen försäkrade patienter</li> <li>• Fokus på reumatoid artrit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på artros</li> <li>• Kontakten med ortopedier och kirurgisk behandling</li> <li>• Kontakten med allmänläkare</li> <li>• Tillgängligheten online</li> </ul>

Figur 27: The Four Actions Framework-analys

#### 8.4.3.1 Eliminera

De alternativmedicinska behandlingar som erbjuds på kliniker utomlands kommer inte att appliceras på svenska motsvarigheter då dessa metoder ligger för långt ifrån dagens legitimerade behandlingar i Sverige. Användning av alternativmedicinska behandlingsmetoder i Sverige riskerar att resultera i förlorad trovärdighet för REUCA och därmed inte generera tillräcklig lönsamhet för kliniken.

#### 8.4.3.2 Reducera

Andelen ersättning från försäkringspatienter blir mindre i Sverige jämfört med i USA. REUCA kan inte förlita sig på enbart försäkrade patienter vid utformning av en hållbar affärsmodell på grund av de fundamentala skillnader i vårdgivarnas intäktströmmar som råder i olika länder.

På Arthritis Centers i USA läggs ett stort fokus på ledgångsreumatism, reumatoid artrit, och huvudsaklig behandling av denna sjukdom. Även REUCA kommer att behandla denna sjukdom men minska sitt fokus på reumatoid artrit i syfte att ha artrospatienterna i huvudfokus. Patienter med reumatoid artrit och andra reumatiska sjukdomar kommer däremot att utgöra en viktig intäktskälla i uppstartsfasen.

#### 8.4.3.3 Öka

REUCA kommer istället att öka sitt fokus på behandling av den reumatiska sjukdomen artros med tiden. Genom att REUCA fokuserar på och bygger sitt varumärke mer specifikt mot den stora massan patienter som lider av artros, både primär och sekundär, istället för ett reumatiskt centra som är fokuserat på den reumatiska undergruppen reumatoid artrit ökas värdet för fler patienter som är i behov av specialiserad vård.

För att REUCA ska kunna öka sitt fokus på artrosbehandling krävs ett tätare samarbete med ortopedier som kan erbjuda kirurgisk behandling när det behövs, och på så sätt ökar klinikens värde ytterligare.

I syfte att öka inflödet av patienter till kliniken krävs även ett tätare samarbete med primärvården och allmänläkarna då det är till dem som artrospatienter och andra

patienter i behov av reumatologisk behandling vänder sig idag för att få vård för sina reumatiska sjukdomar. Genom att etablera nära relationer till allmänläkare runt om i Stockholmsområdet blir REUCA det självklara valet för remittenterna att remittera patienter som lider av reumatiska sjukdomar, i synnerhet primär och sekundär artros. För att även kunna ta emot artrospatienter som inte först vänt sig till primärvården krävs att energi läggs på marknadsföring. Precis som för PRIMA kommer dessa resurser att riktas mot de Internetanvändande kunderna. Tillgängligheten och närvaron online, både på den egna hemsidan, i sociala medier och på andra forum, kommer att ökas jämfört med hos Arthritis Centers i USA.

#### **8.4.3.4 Skapa**

Mellan REUCA och amerikanska Arthritis Centers kommer internationella samarbeten att skapas för att underlätta erfarenhets- och kunskapsutbyten med fokus på forskning kring nya och innovativa behandlingsmetoder.

#### **8.4.4 Förändringar i uppskalningsfasen**

REUCA är i startfasen ett starkt reumatiskt centra som behandlar alla olika typer av reumatiska sjukdomar. Med tiden inriktar sig centrat alltmer på behandling av artrospatienter och involverar då ortopedier alltmer beroende på vilka nya innovationer och behandlingsmetoder som REUCA väljer att utöka sitt erbjudande med.

Ett av de företag som nämnts i kapitel 5.5 och som forskar kring nya behandlingsmetoder har produkter på marknaden som riktar sig till både patienter med reumatoid artrit och artros vilket betonar forskningskopplingen mellan dessa på två reumatiska sjukdomar och potentialen för en klinik som REUCA att satsa ytterligare på detta i uppskalningsfasen.

## 9. Jämförande analys av scenarierna

---

*I detta kapitel diskuteras och utvärderas slutsatserna som kunnat dras ur scenarioanalysen i kapitel 8. Scenarierna och dess affärsmodeller värderas här i en riskanalys utifrån de viktigaste utmaningarna som de står inför och jämförs med utgångspunkt i de samhällliga drivkrafter som i kapitel 8 har identifierats som framtidens drivande parametrar.*

---

### 9.1 Riskanalys utifrån scenariernas största utmaningar

Såväl PRIMA som REUCA står inför ett antal utmaningar för att respektive scenario ska lyckas och dess affärsmodell anses realistisk och hållbar. I detta stycke diskuteras och jämförs de viktigaste gemensamma utmaningarna för klinikerna tillsammans med respektive affärskoncepts unika utmaningar.

#### 9.1.1 Offentlig ersättning dominerar

Under expertintervjuerna med ledande befattningshavare inom privat vård har det framkommit att det är mycket svårt för en klinik i Sverige att vara lönsam på enbart försäkringspatienter och privat betalande patienter. Andelen försäkringspatienter spås öka, dock endast marginellt. Idag utgör andelen försäkringspatienter enbart cirka fem procent av omsättningen för de analyserade privata specialistklinikerna. De privat betalande patienterna är försvinnande få i Sverige, i genomsnitt mindre än en procent.

Att erhålla offentlig ersättning för att kunna ta emot fler patienter är därför en kritisk faktor och den största utmaningen som klinikerna står inför vid eventuell etablering.

##### 9.1.1.1 Ersättningsmöjligheter för PRIMA och REUCA idag

Eftersom både PRIMA och REUCA är två helt nya scenarier finns idag ingen offentlig ersättning som omfattar dessa affärskoncepts erbjudanden.

För PRIMA finns ett antal olika möjligheter att istället erhålla offentlig ersättning för rehabiliterande verksamhet. De offentliga alternativ som finns, och är realistiska för PRIMA att erhålla, utgörs av olika typer av fasta avtal som efter godkännande gäller tillsvidare vilket innebär en större säkerhet jämfört med offentliga upphandlingar. Detta innebär däremot att priserna sannolikt har pressats och marginalerna är, som visats i tabellerna 9 till 11, mycket små för dessa avtal. I och med de relativt små ekonomiska vinsterna ökar kraven på effektivisering och standardiserade processer för att PRIMA ska kunna nå ut till en större mängd artrospatienter och behandla fler.

För REUCA finns, förutom offentliga avtal för rehabiliterande verksamhet, även möjligheten att delta i upphandlingar för att erhålla rätt att behandla patienter med reumatiska sjukdomar mot offentlig ersättning. Upphandlingar innebär som nämnts tidigare en stor ovisshet på grund av att varje upphandling omfattar ett unikt uppdrag och ersättningsmodell. Det är dock viktigt att inte förringa att om REUCA utses till leverantör av en upphandling är vinsterna ur ett historiskt perspektiv med stor sannolikhet större, se även diskussionerna kring upphandlingar och ersättningar i Case 1 samt analysen i kapitel 7.2.

Oavsett ersättningssystem kommer klinikerna att behöva justera sina erbjudanden efter de rådande bestämmelserna vilket kan inskränka på det unika i klinikernas erbjudanden, till skillnad från om det hade varit ekonomiskt hållbart att endast rikta sig mot försäkrade och privat betalande patienter.

#### 9.1.1.2 Eventuella framtida ersättningsmöjligheter

Inom såväl rehabiliterande verksamhet som reumatologi planeras införande av vårdval inom en snar framtid. Som analysen av vårdvalet för höft- och knäprotesoperationer visar, se exempelvis Case 1 och analysen i kapitel 7.2, är marknaden som inkluderas av detta vårdval nu närmast mättad. Ersättningsnivåerna har halverats vilket har minskat vinstmarginalerna avsevärt och det är endast de stora vårdkoncernerna som har auktoriserats enligt vårdvalets regelbok. Huruvida PRIMA och REUCA blir auktoriserade är ovisst då de diskuterade vårdvalens regelböcker är under utformning och i skrivande stund inte finns att tillgå.

För såväl PRIMA som REUCA är nya innovationer och behandlingsmetoder i fokus i uppskalningsfasen. Som uppdaterad i den senaste forskningen och *early adapters* av nya innovationer finns både för- och nackdelar relaterade till offentlig ersättning:

- Negativa aspekter är osäkerheten i om dessa nya behandlingar kommer att omfattas av offentlig ersättning och i så fall hur detta system i så fall kommer att vara utformat med exempelvis upphandlingar eller vårdval samt exakt vad som kommer att ingå i ersättningssystemet.
- +
- De positiva aspekterna är att klinikerna har, förutsatt att innovationerna godkänns för fullgod ersättning, en stor fördel av att vara först med att kunna erbjuda patienterna dessa då de kommer ut på marknaden och därmed vara relativt ensamma om att konkurrera om denna ersättning.

#### 9.1.2 Tillräcklig mängd patienter

Oavsett offentlig ersättning blir en stor utmaning för PRIMA och REUCA att nå ut till en tillräckligt stor kundgrupp för att kunna behandla en stor mängd artrospatienter.

Skulle klinikerna inte godkännas för offentlig ersättning blir det kritiskt att få in en tillräckligt stor kundgrupp för att lyckas finansiera affärskonceptet. Om de däremot godkänns för offentlig ersättning ökar andelen patienter som kliniken har rätt att vända sig till med en faktor 20.<sup>294</sup> Däremot är marginalerna för de offentligt finansierade patienter lägre och denna utmaning blir essentiell att övervinna oavsett.

##### 9.1.2.1 Betydelsen av nyckelsamarbetspartners och rätt vårdpersonal

Viktiga aspekter för att lyckas nå ut till en tillräckligt stor mängd patienter blir klinikernas marknadsföringskanaler och samarbeten. De relationsbaserade nätverken med bland annat patientorganisationer, remitter, försäkringsbolag och andra vårdinstitutioner samt tillgängligheten online på diverse forum och bloggar förväntas

---

<sup>294</sup> Endast fem procent av marknaden uppskattas ha försäkringar eller vilja att betala helt privat och 100 procent beräknas ha rätt till offentlig ersättning.

sprida informationen om de nya affärskoncepten och deras erbjudanden och därmed generera en stor mängd patienter till klinikerna.

Artrospatienterna saknar idag en klinik att gå till för att få tillfredsställande behandling vilket innebär att patienterna inte kan anses särskilt svårövertalade att ta beslutet att besöka kliniken en första gång. Artros är idag en missförstådd sjukdom som inte alltid tas på allvar. En oerhört viktig faktor för klinikerna är patientnöjdhet. Med personal som är utbildad, intresserad och engagerad kommer PRIMA och REUMA att säkerställa att patienterna är 100 procent nöjda med sitt besök på kliniken och gärna skulle komma åter.

#### **9.1.2.2 Räkneexempel**

För PRIMA visas i räkneexemplet i kapitel 8.3.3 hur detta scenario har stora möjligheter att gå med vinst förutsatt att tillströmningen av patienter till kliniken är tillräckligt stor. Det är inte omöjligt att få kliniken lönsam men för att lyckas är det viktigt att hålla nere kostnaderna i startfasen och att satsa på att bygga upp patientbasen vilket höjer lönsamheten kommande år. Ett liknande räkneexempel för REUCA har tyvärr inte varit möjligt då uppgifter om ersättningar i samband med upphandlingar är mycket varierande.

En fördel som REUCA har gällande att få in en tillräcklig mängd patienter är att denna klinik riktar sig mot ett större kundsegment än PRIMA, då kliniken når ut till såväl artrospatienter som patienter som lider av andra reumatologiska sjukdomar. Eftersom väntetiderna för de vårdområden som ännu inte omfattas av vårdval i regel är längre, se Bilaga 5, kan efterfrågan på REUCAs tjänster uppskattas som större. Andelen patienter med övriga reumatiska sjukdomar är förhållandevis låg jämfört med de som lider av artros men förväntas innebära högre marginaler då de i regel kräver mer avancerad behandling vilka resulterar i högre ersättningar. För REUCA ligger den största utmaningen relaterat till att få in en tillräckligt stor mängd patienter istället i det faktum att många reumatiska sjukdomar idag kan behandlas med mycket effektiva mediciner vilket gör att antalet besök hos reumatologer minskar och förväntas fortsätta minska även framöver.

#### **9.1.3 Samarbete över professionsgränser**

Ytterligare en utmaning för dessa nya affärskoncept kan bli samarbetet mellan specialistprofessionerna ortopedi och reumatologi.

Traditionsenligt är detta inte en vanligt förekommande kollaboration inom svensk hälso- och sjukvård och kan därför möta motstånd från såväl läkarspecialisterna själva, som sjukvårdsledning och övrig vårdpersonal. Åsikterna kring denna typ av samarbete är tudelad med både motståndare och potentiella anhängare. Både PRIMA och REUCA måste därför fokusera på att i startfasen identifiera nyckelpersoner inom respektive professioner med intresse i artros, rätt inställning och med siktet inställt på att tillsammans verka för artrospatienternas bästa. Genom att anställa rätt personer från början underlättas klinikernas framtida arbete tack vare specialisternas expertis och goda renommé, värdefulla nätverk och kopplingar till forskning relaterad till sjukdomen artros.

I många andra länder är det vanligare att artros behandlas på det sätt som PRIMA och framförallt REUCA planerar att göra. Både samarbete mellan ortopedier och reumatologer är vanligare utomlands likaså att artrospatienter behandlas av reumatologer, se även Case 3 för mer information om hur artros behandlas utomlands.

REUCA är som nämnts ett affärskoncept som inspirerats av och hämtat viktiga komponenter till affärsmodellen ifrån USA där fenomenet att artrospatienter behandlas av reumatologer på specialistkliniker med ett nära samarbete till ortopedier inte är lika främjande som i Sverige. PRIMA liknar istället mer det sätt som artros behandlas på i Sverige idag, på exempelvis befintliga artrosskolor, och kan därför tänkas vänta ett öppnare bemötande vid etablering på marknaden.

#### **9.1.4 Kostnadsreduceringar genom disruptive innovations**

Som tidigare nämnts i kapitel 9.1.1 är ersättningssystemet och möjligheterna att få betalt för utförd behandling den största utmaningen för kliniken. För att lyckas är det nödvändigt att dra ned kostnaderna så mycket som möjligt, framförallt i den inledande fasen, utan att för den sakens skull tumma på den professionalism som måste föreligga för att skapa den stora patientbasen och sluta de viktiga samarbetsavtalen.

Att erbjuda en skälig lön för de allra bästa specialistläkarna inom ortopedi och reumatologi kan därför bli svårt till en början. Ett sätt att kompensera för denna typ av anställning vore att erbjuda specialisterna ägandeandelar i kliniken och locka dem med möjligheten till långsiktig lönsamhet och inflytande.

Ett ytterligare sätt att reducera kostnader samtidigt som värdeskapandet höjs är att ge större utrymme och ansvar för vårdpersonal med yrken där lönerna är lägre, likt de så kallade disruptive innovations som nämnts i kapitel 5.5.1.1. Trots att lönerna för sjukgymnaster och arbetsterapeuter höjs i och med det ökade ansvaret blir denna lösning förmodligen ändå billigare än att överlåta samma ansvar på specialistläkarna.

#### **9.1.5 Minska avstånden mellan aktörer för att premiera forskningsframsteg**

Det är inte bara samarbetet mellan ortopedier och reumatologer som är av betydelsefullt värde för klinikerna utan även de övriga nyckelsamarbeten som har nämnts i kapitel 8 för de två olika scenarierna. Med ett tätare samarbete mellan marknads olika aktörer kan det i dagsläget för stora avståndet emellan dem minskas för att erhålla värdefulla synergieffekter och minska eventuella risker.

Genom att vårdpersonalen involveras och har etablerade relationer inom forskningsfären kan de olika professionerna till viss del vara med och påverka och känna ett större ägandeskap i de nya innovativa behandlingsmetoderna. Detta kan i sin tur sänka ledtiden från att produkterna har blivit godkända till att de kommer ut på marknaden. Däremot är det viktigt för klinikkens legitimitet att vårdpersonalen inte är alltför partisk utan objektivt kan bedöma de nya innovationer som forskas fram.

Det finns stora samhällsekonomiska vinster relaterade till effektivare behandlingar av sjukdomen artros då kostnaderna idag är så pass stora som två procent av BNP. Genom att åskådliggöra detta för styrande politiker och involvera dem i forskningsframstegen ökar chanserna att på ett tidigare stadium hitta en rimlig ersättningsnivå för dessa potentiella nya behandlingsmetoder.



### 9.1.6 I egen regi eller ingå i stor vårdkoncern?

En stor svårighet för både PRIMA och REUCA att övervinna är att affärskoncepten, som de är beskrivna nu, står helt på egna ben. Vid analys av den svenska marknaden för specialistkliniker i allmänhet och ortopedkliniker i Stockholmsområdet i synnerhet framgår tydligt dominansen av de stora vårdkoncernerna i branschen.

Att tillhöra en stor koncern underlättar framförallt för att kunna erhålla offentlig ersättning. Upphandlingar blir lättare att vinna, och som tidigare diskuterats är auktoriseringar för vårdval vanligare bland de stora vårdkoncernerna. En betydande fördel att tillhöra någon av de stora vårdkoncernerna är bland annat de interna samarbeten och synergieffekter som dessa vårdföretag kan nyttja tack vare sin storlek.

Ett sätt för klinikerna att öka sina chanser till lyckade affärskoncept skulle kunna vara att inleda samarbete med någon av de stora vårdkoncernerna på marknaden och låta dessa starta upp ett nytt specialistcentra för artrospatienter inom dess sfär. Klinikerna skulle kunna startas upp som fristående enheter med de rätta kontakterna och en stor patientbas för att sedan sälja sin verksamhet till ett större vårdföretag då det eventuellt blir dags att investera i nya dyra innovationer. Exempelvis köpte Global Health Partner upp det privatägda företaget Ortho Center Stockholm år 2009.

Beroende på vilken av de stora vårdkoncernerna som klinikerna väljer att ingå samarbete med skiljer sig de olika ägandestrukturerna åt. Praktikertjänst och Capio har i regel endast helägda kliniker inom sin koncern medan Global Health Partner tillhandahåller partnerskap med delat ägande mellan moderbolaget och de fristående klinikerna.

Om klinikerna ändå väljer att stå på helt egna ben kan en god idé vara att bedriva sin verksamhet i en vårdgalleria som till exempel Sophiahemmet i Stockholm. Detta innebär att kliniken hyr ett mottagningsrum och även får tillgång till administration och övrig infrastruktur som kliniken kan tänkas behöva, exempelvis vanlig röntgen, magnetröntgen och operationssal.

Närheten till ett stort akutsjukhus är inget måste då klinikerna inte kommer att behandla patienter med höga ASA-klasser utan det viktigaste blir för klinikerna att hitta en plats där de har tillgång till den infrastruktur som de behöver, oavsett om de etablerar sig i egen regi eller inleder samarbete med en större vårdkoncern.

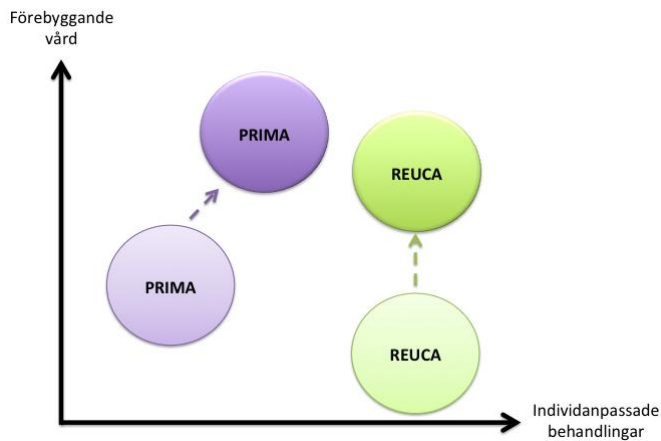
## 9.2 Avslutande utvärdering utifrån samhällets drivkrafter

De två analyserade scenariona visualiseras här med ett antal diagram, se Figur 28-30, utifrån de fyra tidigare identifierade drivande parametrarna:

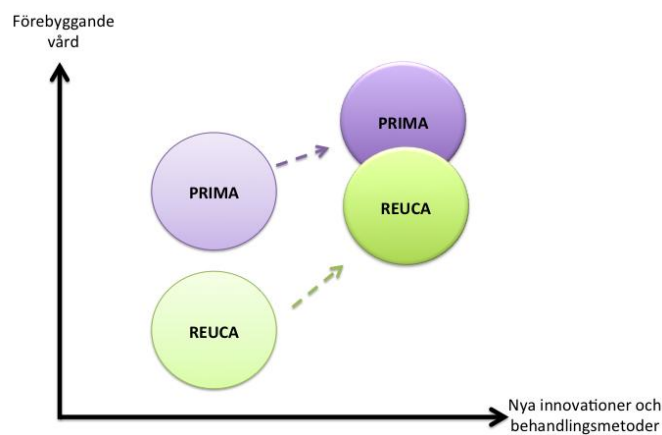
- förebyggande vård
- nya behandlingsmetoder och innovationer
- individanpassade behandlingar
- den svenska politiken med landstingets ersättningsystem

Diagrammen nedan visar två av parametrarna åt gången på de olika axlarna och hur de två scenarierna, PRIMA och REUCA, förväntas förändras utifrån dessa då de går från startfasen till uppskalningsfasen.

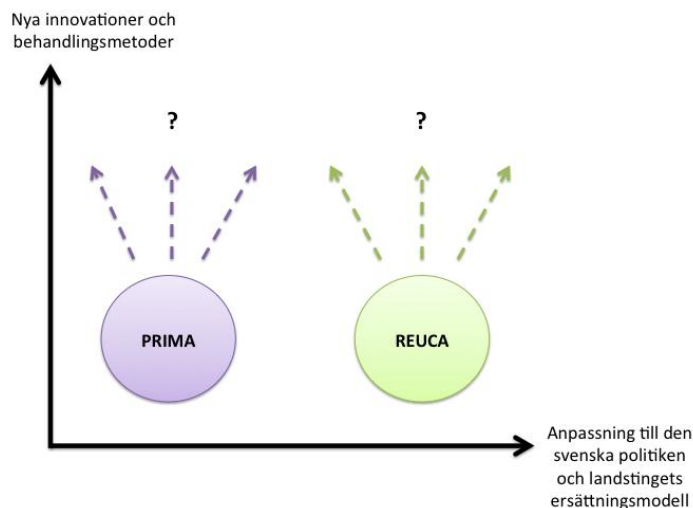




Figur 28: Förebyggande vård vs. Individanpassade behandlingar



Figur 29: Förebyggande vård vs. Nya innovationer och behandlingsmetoder



Figur 30: Nya innovationer och behandlingsmetoder vs. Anpassning till den svenska politiken och landstingets ersättningsmodell

### 9.2.1 Framtidens behandlingsmetoder

I kapitel 5.5 diskuteras fyra nya behandlingsmetoder för artros varav två av dessa nyligen kommit ut på marknaden och resterande två väntas inom en snar framtid. Två av behandlingsmetoderna är individanpassade vilket betonar trenden att kraven på mer individanpassad vård ökar. Hälften av de innovationer som nämns riktar sig dessutom

specifikt mot de yngre ålderssegmenten från 35 år och uppåt som lider av artros, den kundgrupp som benämns som den stora massan med tidig artros, vilket även understryker relevansen för klinikerna att satsa på mer förebyggande vård och preventiva behandlingsmetoder.

I startfasen utgörs PRIMAs erbjudande av mer förebyggande vård i form av utbildning och rådgivning medan REUCAs affärsidé innefattar att satsa mer på individanpassade behandlingar då dess kundsegment är en mer heterogen grupp patienter med olika typer av reumatiska sjukdomar, se Figur 28. Möjligheterna att utveckla och erbjuda bättre och effektivare vård underlättas för de båda klinikerna tack vare de välutvecklade kvalitetsregister som finns i Sverige likaså de stora patientbaser som klinikerna bygger upp under startfasen, som gör det enklare att jämföra, analysera och utvärdera patienternas tillstånd.

I uppskalningsfasen satsar både PRIMA och REUCA på att vara först ut till sina patienter med dessa eventuella nya behandlingar och andra framtida innovationer, se Figur 29. För PRIMA kommer detta att innebära att dess erbjudande då utgörs av mer individanpassade behandlingarna och än mer förebyggande vård. REUCAs erbjudande kommer även i uppskalningsfasen att vara inriktade på individanpassning men tack vare nya innovationer även kunna satsa allt mer på förebyggande vård.

### **9.2.2 Framtidens stora osäkerhetsfaktor**

Anpassningen till den svenska politiken och landstingets ersättningsmodell är i startfasen marginell då erbjudandena som helhet är helt nya koncept för de båda klinikerna och därmed inte omfattas av någon ersättningsmodell. Däremot kan delar av erbjudanden hänvisas till olika politiska beslut och avtal för offentlig ersättning.

Framförallt är REUCA mer anpassad till det rådande offentliga ersättningsystemet i och med att de även tar emot patienter med andra reumatiska sjukdomar än artros med anledning av att kunna erhålla en större andel offentlig ersättning med högre vinstmarginaler redan från början, se Figur 30.

Hur denna anpassning till det politiska systemet och landstingets ersättningsmodell sedan kommer att utvecklas i uppskalningsfasen är mycket osäkert och svårt att ännu sja om.

## 10. Kunskapsbidrag och rekommendationer till framtida studier

---

*Målet med examensarbetet har varit att utforma preliminära, hållbara affärsmodeller för specialistkliniker som behandlar artros i Stockholms läns landsting. Detta avslutande kapitel beskriver de kunskapsbidrag som examensarbetet ger till respektive målgrupper inom akademi, industri samt personer som lider av artros. Kapitlet avslutas med rekommendationer till framtida studier inom ämnet.*

---

### 10.1 Kunskapsbidrag till akademien

Examensarbetets huvudsakliga kunskapsbidrag till akademien är en beskrivning av hur hälso- och sjukvårdsbranschen fungerar, vad som karakteriserar och påverkar denna men också en beskrivning av de möjligheter som denna bransch erbjuder akademien och blivande civilingenjörer i Industriell ekonomi.

#### 10.1.1 En annorlunda bransch

Branschen skiljer sig framförallt från traditionella marknader i det avseende att efterfrågan på hälso- och sjukvård i Sverige är närmast oändlig medan utbudet är begränsat till i huvudsak statsbudgeten och landstingens offentliga ersättningsplan.

Detta innebär stora utmaningar för alla inblandade aktörer och att ett annorlunda angreppssätt krävs. Detta examensarbete visar hur aktörerna på ett kreativt sätt kan belysa ekonomiska problem och utarbeta affärsmodeller för att lösa dessa inom ramarna för de spelregler som satts av landstingen.

#### 10.1.2 Kombinerad av teoretiska modeller

För akademien visar detta examensarbete även hur teoretiska modeller som Porters Five Forces, Ostervalders Business Model Canvas, Kim och Mauborgnes Blue Ocean Strategy med flera kan kombineras och appliceras på den svenska hälso- och sjukvårdsbranschen, trots dess komplexitet och skillnader i utbud- och efterfrågemönster, för att lättare förstå denna marknad. Likaså ges ett kreativt exempel på användning av scenarioanalys och hur detta verktyg kan användas för att konstruera potentiella framtidsbilder utifrån analysens resultat.

#### 10.1.3 Behovet av hälsoekonomisk insikt

Som blivande civilingenjör med en gedigen ekonomisk bakgrund finns fortfarande en ytterst liten insikt i branschen hälso- och sjukvård. En koppling saknas idag mellan akademien som helhet och en av Sveriges största, och viktigaste, branscher. Genom att på ett bättre sätt integrera hälsoekonomi i de stora utbildningarna kan ett större intresse skapas för denna bransch, och därmed en större möjlighet för påverkan och utveckling inom branschen i framtiden.

En av de största privata vårdkoncernerna, Global Health Partner, grundades och drivs av civilingenjörer. Det finns många spännande arbeten för framtida industriella ekonomer inom hälso- och sjukvården.

Till framtida industriella ekonomer och examensarbetsförfattare följer ett antal tips på intressanta studier i kapitel 10.3.

## 10.2 Kunskapsbidrag till industrin

Examensarbetet vänder sig främst till industrin i form av befintliga och nya aktörer som är intresserade av att etablera sig på marknaden för specialiserad vård i Sverige. Befintliga aktörer på marknaden kan använda examensarbetet för att bättre förstå drivkrafterna bakom marknads utformning och de trender som författarna har identifierat som viktiga för framtiden för att kunna göra nödvändiga anpassningar och omformuleringar i befintliga affärsmodeller. För nya aktörer som vill etablera en specialistklinik för behandling av artros blir examensarbetet en källa till grundläggande information som bör beaktas och anpassas efter vid skapandet av en hållbar affärsmodell. Detta genom att examensarbetet förmedlar hur artroskliniker är utformade i andra länder och vilka befintliga behandlingar som finns för artrospatienter i Sverige idag.

### 10.2.1 Privatisering av svensk hälso- och sjukvård

De största svenska aktörerna på marknaden för specialiserade kliniker är idag Aleris, Carema, Capio, Praktikertjänst och Global Health Partner. Dessa omsätter tillsammans över 25 miljarder SEK per år. Deras kännetecken är att de alla utgör stora vårdkoncerner där tre av de största koncernerna ägs av riskkapitalbolag, en är ett kooperativ bestående av två tusen vårdutövare och en är ett partnerskap mellan moderbolaget och vårdpersonalen på dess specialiserade kliniker.

Hösten år 2011, en kort tid efter att detta examensarbete formulerade sitt syfte, eskalerade den debatt om privatisering av svensk hälso- och sjukvård, dess vinster och ägandestrukturer som kom att karakterisera media-Sverige under detta års slutskede. Konstateras kan att riskkapitalbolag som ägandestruktur inom hälso- och sjukvården är här för att stanna då investeringarna redan är gjorda och fokus nu ligger på att driva verksamheterna mer effektivt, något som riskkapitalbolagen är skickliga på. Med ett aggressivt medieklimat kring denna typ av ideologiska frågor i Sverige har det visat sig ytterst viktigt med kompetent vårdpersonal och pålitliga samarbetspartners med gott renommé för att stärka vårdgivarens legitimitet och överleva eventuella mediekaruseller som annars skulle kunna skada varumärket.

Tillsammans med debatterna kring vinster och ägandestrukturer i vården identifierades av författarna stora skillnader mellan privata och offentliga vårdgivare som gör de olika aktörerna svårjämförliga då de inte konkurrerar på lika villkor. Flexibiliteten att ta emot patienter från kundsegment med olika betalningssätt är ett privilegium för de privata vårdgivarna då offentliga enheter endast kan ta emot offentligt finansierade patienter. Dessutom har de privata aktörerna en fördel i att kunna rikta sina erbjudanden efter efterfrågandemönstret till skillnad från offentligt ägda motsvarigheter som måste kunna erbjuda vård till alla kundsegment och ASA-klasser.

Sammanfattningsvis kan sägas att privatiseringen av sjukvården lett till en effektivisering tack vare den ökade konkurrensen som är mycket positiv för hela det svenska hälso- och sjukvårdssystemet men även maximerade vinster vilka inte alltid

anses moraliskt försvarbara i svensk media. Att jämföra de olika typerna av aktörer på marknaden är mycket komplicerat då förutsättningarna skiljer sig så åt.

### **10.2.2 Fenomenet specialistkliniker i Sverige och dess förutsättningar**

Majoriteten av den specialiserade vården i Sverige bedrivs fortfarande i offentlig regi, men privatiseringen ökar och allt fler specialistkliniker etableras på marknaden. De viktigaste drivkrafterna bakom fenomenet specialistkliniker har identifierats till:

- allmänhetens krav på kortare vårdköer,
- politikernas incitament att sänka samhällskostnaderna förknippade med specialiserad vård, samt
- de privata vårdaktörernas strävan efter marknadsinträde, och
- tendensen bland vårdpersonal att bryta sig loss ur den offentliga regin för att starta eget, bli erbjudna högre löner eller andra typer av arbetsuppgifter.

De största hindren och barriärerna utgörs av det svenska politiska systemets regleringar och avsaknad av ett flexibelt och fungerande ersättningssystem som främjar denna typ av verksamhet. Detta, tillsammans med stora initiala kostnader relaterade till etablering av en specialistklinik, är den viktigaste faktorn som påverkar utvecklingen av fenomenet specialistkliniker i Sverige och dess framtida progression.

I och med införande av vårdval i flera landsting och inom flera olika vårdområden har marknaden till viss del öppnats upp för fri etablering och nya aktörer har välkomnats in på marknaden. Författarna har hittat ett starkt samband mellan införande av vårdval och populära vårdområden i Sveriges fem största landsting. De vanligaste sjukdomsområdena som finns representerade hos de stora privata aktörerna i Sverige är inom vårdområdena ortopedi, gynekologi, ögonsjukvård och obesitas. Det politiska systemets betydelse betonas ytterligare genom det faktum att en stor del av befintliga befattningshavares arbete utgörs av lobbyism och nätverkande med de politiskt aktiva för att kunna vara med och påverka framtiden inom hälso- och sjukvårdsbranschen.

### **10.2.3 Behandling av artros i Sverige**

Cirka 700 000 svenskar beräknas lida av artros – en sjukdom som kostade samhället över 50 miljarder SEK år 2009. I dagsläget finns inget botemedel för sjukdomen artros, dagens behandlingsmetoder fokuserar främst på symtomlindring. Dagens behandlingsmetoder för artrospatienter utgörs av diagnostisering, icke-kirurgisk behandling, i form av farmakologisk behandling och sjukgymnastik, samt olika former av kirurgisk behandling där protesoperation, när sjukdomen är långt skriden, är den vanligaste kirurgiska behandlingen.

Patienterna kan delas in i olika segment utifrån hur långt gången deras sjukdomstillstånd är, där cirka tio procent av de som lider av artros kvalificeras för en protesoperation. För resterande nittio procent råder det delade meningar om vilka behandlingar som är de mest effektiva. Problemet med dagens behandlingsmetoder som inte utgörs av protesoperationer är att det saknas tillräckliga studier som visar på den långsiktiga effekten och att många av dem därför kan anses vara endast kortsiktigt symtomlindrande.

Detta innebär att det finns en stor andel artrospatienter i åldrarna 18 och uppåt som upplever att de i dagsläget inte erhåller tillfredsställande vård. Marknaden för nya innovationer och behandlingsmetoder inom området är därför stor och attraktiv utifrån denna synvinkel. Då artros är en sjukdom som fortskrider långsamt finns utrymme för en klinik som erbjuder tidig diagnostisering och behandling av sjukdomen fram tills kvalifikation för protesoperation, medelålder 69 år.

#### **10.2.4 Förutsättningar för en specialistklinik som behandlar artrospatienter**

Artros är en vanligt förekommande sjukdom i hela västvärlden. I många länder behandlas därför artrospatienter på specialistkliniker, men förutsättningarna skiljer sig kraftigt mellan olika länder och olika regioner.

De externa drivkrafterna bakom uppstart av specialistkliniker inriktade på artros utomlands är den stora mängd patienter som lider av artros i västvärlden samt det faktum att artros i de flesta länder, till skillnad från i Sverige, är hänvisad till specialistvård och inte främst till primärvård.

Internationella trender för specialistkliniker utomlands, och framförallt i USA som är det land som studerats närmare, är att behandla artros inom professionen reumatologi på så kallade Arthritis Centers. Vid dessa kliniker behandlas patienter med primär artros, men även sekundär artros till följd av exempelvis andra reumatiska sjukdomar.

På grund av att olika landsting i Sverige har olika ersättningssystem och förutsättningar skiljer sig utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet kraftigt, inte bara mellan olika länder, utan även inom Sverige. Detta examensarbete har främst fokuserat på förutsättningarna i Stockholms läns landsting som är det landsting som har flest etablerade specialistkliniker per invånare, idag erbjuder 16 procent av Stockholms privat ägda kliniker specialiserad vård. Möjliga delar ur de utländska artrosklinikernas affärsmodeller som skulle kunna appliceras på motsvariga kliniker i Stockholmsområdet är huvudsakligen att i större utsträckning integrera reumatologer i behandlingen av artrospatienter, samt att utöka kontakten och samarbetet mellan professionerna reumatologi och ortopedi för att nå synergieffekter och ett ökat lärande kring underliggande sjukdomsmekanismer.

#### **10.2.5 Hållbar affärsmodell för artrosklinik i Stockholms läns landsting**

För att skapa en hållbar affärsmodell för artrosklinik i Stockholms läns landsting bör kliniken utnyttja värdet i att som privat klinik kunna finansieras på flera olika sätt; främst offentlig ersättning och kompletterande ersättning i form av försäkringsbolag och privat betalande patienter.

De största kostnaderna för etablering av en specialistklinik är lönerna till personalen. Därtill kommer eventuell utrustning om så behövs och hyra. För att kunna nå lönsamhet initialt blir det viktigt att snabbt få en inströmning av patienter genom exempelvis samarbeten med remitterter och patientorganisationer och att hitta ett erbjudande som vänder sig till ett tillräckligt stort kundsegment. Ett sätt att minska kostnaderna till en början är att minska antalet heltidsanställda till förmån för konsulterande läkarverksamhet. Genom att endast erbjuda poliklinisk vård minimeras utgifterna relaterade till vårdplatser och behovet av dyr, avancerade utrustning.

Kompetent vårdpersonal, tillsammans med värdefulla och relevanta forskningssamarbeten, är viktigt för att skapa legitimitet och långsiktig hållbarhet. Vårdpersonal i form av arbetsterapeuter och sjukgymnaster bör ges mer ansvar och upprättelse samtidigt som möjligheten att kombinera olika expertis, reumatologi och ortopedi, utnyttjas. Då behovet av professionen reumatologer väntas sjunka på grund av allt bättre mediciner är en tänkbar lösning på detta problem att reumatologerna integreras mer i behandlingen av artrospatienter, som fallet ofta är vid utländska kliniker.

Då de stora vårdkoncernerna dominerar privat specialistvård i Sverige är det en god idé att inleda samarbete med någon av dessa aktörer, i syfte att redan i startfasen få tillgång till offentlig ersättning, en större tillströmning patienter, kompetent vårdpersonal och värdefulla samarbeten.

Detta examensarbete har avgränsat sig till att titta på utformning av hållbar affärsmodell för specialistkliniker i Stockholms läns landsting. Dock kan konstateras att de geografiska regioner där det finns potential att etablera specialistkliniker är där det finns ett stöttande politiskt ersättningsystem hos landstinget och en tillräckligt stor mängd tänkbara patienter.

### **10.3 Rekommendationer till framtida studier**

Under arbetets gång har författarna fördjupats betydligt i det valda ämnet och identifierat flera intressanta områden för fortsatt analys varav några här rekommenderas för framtida studier.

#### **10.3.1 Service awareness: allmänhetens medvetenhet och insikt**

Den senaste tiden har många förändringar genomförts inom hälso- och sjukvårdsbranschen, exempelvis införande av vårdval inom primärvård i hela Sverige och inom flera specialistområden i landsting som Stockholm, Halland och Skåne. Många av dessa förändringar, där flertalet är till patienternas fördel, var för författarna okända innan påbörjan av detta examensarbete och förmodas vara främmande även för majoriteten av allmänheten.

En intressant och ytterst relevant framtida studie vore att undersöka hur medvetna allmänheten verkligen är om hälso- och sjukvårdens förändringar och patienters valmöjligheter som ett resultat av politikernas informerande verksamhet. Har Sveriges befolkning blivit mer proaktiva i valet av vårdgivare? Vet befolkningen om att det råder fritt vårdval? Har befolkningen kunskap om att det finns lättåtkomliga verktyg för att jämföra olika vårdgivare, exempelvis kvalitetsregister?

#### **10.3.2 Skillnader mellan förutsättningar i de olika landstingen**

Som förklarats i detta examensarbete skiljer sig förutsättningarna för specialistkliniker i olika landsting runt om i landet. En intressant framtida studie skulle därför vara att undersöka hur resultaten av detta examensarbets affärs- och scenarioanalys skulle skilja sig från en liknande analys i ett annat landsting än Stockholms läns landsting. Kan man identifiera best practices i de olika landstingens sätt att bedriva hälso- och sjukvård?

### **10.3.3 Djupare internationell analys av fenomenet specialistkliniker**

I detta examensarbete har analysen av de internationella klinikerna begränsats på grund av svårigheter att hitta rätt information och till förmån för fokus på analysen av den svenska marknaden. Genom att bygga upp personliga kontakter och besöka olika kliniker runt om i världen hade denna analys av fenomenet specialistkliniker och dess affärsmodeller utomlands kunnat fördjupas och bli en mycket intressant forskningsstudie.

### **10.3.4 Internationalisering**

Ytterligare en intressant framtida studie skulle kunna bli att undersöka hur identifierade affärskonceptens nuvarande erbjudanden skulle kunna reproduceras, utvidgas och internationaliseras på ett hållbart sätt. Frågeställningar skulle kunna inbegripa vilka regioner som är intressanta, vilka olika typer av målgrupper som finns i dessa regioner och vilka förändringar i affärsmodellen som i så fall krävs.

### **10.3.5 Forskningsincitament som följd av de politiska förändringarna**

Sedan 1990-talet har flertalet förändringar skett inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet till följd av olika politiska reformer. Branschen har konkurrensutsatts och fler aktörer har etablerat sig på marknaden. Men de nya aktörerna till följd av auktorisering enligt vårdvalet för höft- och knäprotesoperationer erhåller ingen offentlig ersättning, som de offentliga vårdgivarna gör, för att bedriva forskning inom området. Intressanta frågeställningar för framtida studier inkluderar därför hur dessa marknadsförändringar har påverkat incitamenten och förutsättningarna för forskning inom hälso- och sjukvård de senaste 20 åren.



# Källförteckning

---

## Primära källor

### Muntliga intervjuer

Båtelsson, Per; VD, Global Health Partner. Intervju 2011-12-15.

Carlsson, Anne; Ordförande, Reumatikerförbundet. Intervju 2011-12-14.

Dahlberg, Leif; Ortoped, Skånes Universitetssjukhus SUS. Grundare av BOA. Intervju 2011-12-12.

Forssblad, Magnus; VD Capio Artro Clinic, Sophiahemmet, Stockholm. Intervju 2011-12-05.

Nordqvist, Barbro; Handläggare, Vårdgarantikansliet, Stockholms Hälso- och Sjukvårdsförvaltning. Telefonintervju 2011-11-17.

Norén, Anne-Marie; Avdelningen för närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Telefonintervju 2012-01-09.

Ringertz, Bo; Reumatolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Intervju 2011-12-07.

Ryd, Leif; Ortoped, Stockholm. Intervju 2011-11-23.

Rydberg, Birgitta; Sjukvårdslandstingsråd, Folkpartiet, Stockholms läns landsting. Intervju 2011-11-17.

Skarbøvik, Marina; Avtalshandläggare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Avdelningen för somatisk specialistvård, Stockholms läns landsting. Telefonintervju 2012-01-09.

Seger, Peter; Koncernchef och sjukhusdirektör, Sophiahemmet, Stockholm. Intervju 2011-11-18.

Stael von Holstein, Karin; VD, Specialty Center Skåne, Global Health Partner. Intervju 2011-12-28.

Strandberg, Åke; Affärsområdeschef Specialistkliniker, Capio. Intervju 2011-11-09.

Öfverberg, Ulf; Näringspolitisk expert, Vårdföretagarna Almega. Intervju 2011-11-11.

### Skriftliga intervjuer

Fleischmann, Roy. Clinical Professor, Department of Internal Medicine, University of Texas Southwestern Medical Center och Reumatolog, Arthdocs Rheumatology Associated, Dallas, Texas, USA. 2011. Mail.

Fragile, Chad. Icke-kirurg, Arthdocs Rheumatology Associated, Dallas, Texas, USA. 2011. Mail.

Nordqvist, Barbro; handläggare, Vårdgarantikansliet, Stockholms Hälso- och Sjukvårdsförvaltning. Mail 2011-11-30.

Norén, Anne-Marie; Avdelningen för närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Mail 2012-01-11.

Shaver, Timothy; Reumatolog, Arthritis and Rheumatology Clinics of Kansas (ARCK), USA. 2011. Mail.

Skarbøvik, Marina; Handläggare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Avdelningen för somatisk specialistvård, Stockholms läns landsting. Mail 2011-11-21 och 2011-12-29.

### Seminarium

Anell, Anders. *Privata aktörer i vården – problem eller möjlighet?* Ekonomihögskolan, Lunds Universitet. Seminarium 2011-12-12.

Bake, Nina. *Episurf Medical*. Ingenjörsvetenskapliga Akademiens Konferenscenter. Seminarium 2011-12-16.

## Sekundära källor

### Böcker

Erskine et al., *Teaching with cases*, 1981.

Höst, Martin och Regnell, Björn och Runeson, Per. *Att genomföra examensarbete*. Upplaga 1:5. Lund: Studentlitteratur AB. 2006.

Johnson, Gerry och Scholes, Kevan och Whittington, Richard. *Exploring Corporate Strategy*. Upplaga 8. Essex: Pearson Education Limited. 2008.

Johnson, Mark W. och Christensen, Clayton M. och Kagermann, Henning. *Reinventing your Business Model*. Harvard Business Review: 2008.

Kim, Chan W och Mauborgne, Renee. *Blue Ocean Strategy*. Malmö: Liber AB. 2005.

Lekvall, Per och Wahlbin, Clas. *Information för marknadsföringsbeslut*. Upplaga 4. Lund: Studentlitteratur AB. 2007.

Lind, Jan-Inge. *Nästa Vårdssystem – under professionell självkontroll*. Lund: Studentlitteratur. 2011.

Matheson, David och Matheson, James. *The Smart Organization – creating value through strategic R&D*. Illustrated ed. Boston: Harvard Business School Press. 2009.

### Artiklar

Aleris. Aleris – Press – Pressreleaser – 2011: *Avtalet för Bollnäs Sjukhus nu tecknat*. 2011.

<http://www.aleris.se/Press/Nyheter-/2011/Avtalet-for-Bollnas-Sjukhus-nu-tecknat/>  
(Hämtad 2011-12-06)

Bradfield, Ron och Wright, George och Burt, George och Cairns, George och Van Der Heijden, Kees. *The origins and evolution of scenario techniques in long range business planning*. Futures 37. Glasgow, UK. 2005.

BOA – Bättre Omhändertagande för Patienter med Artros. *Årsrapport 2008-2009*. 2009.

Bohmer, Richard M.J. *The Four Habits of High-Value Health Care Organizations*. The New England Journal of Medicine. Harvard Business School Boston: 2011.

Borgström, Agneta. *Broskceller transplanteras till höften*. Läkartidningen, nr36, 2006.

Borgström, Agneta. "Dagspris" styr kostnad för höftoperationer. Läkartidningen. 2007.  
[http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/8/8235/LKT0748s3602\\_3605.pdf](http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/8/8235/LKT0748s3602_3605.pdf)  
(Hämtad 2011-12-19)

Capio S:t Görans sjukhus. *Ortopedkliniken*. Verksamhetsblad. 2010.

Cardell, Amelia. *Allt fler patienter söker vård utomlands*. Läkartidning nr 11, 2006.

Cervenka, Andreas och Nygårds, Olle. *Skattepengar lockar riskkapitaljättar*. Svenska Dagbladet. Publicerad 2011-03-08.  
[http://www.svd.se/naringsliv/skattepengar-lockar-riskkapitaljattar\\_5992389.svd](http://www.svd.se/naringsliv/skattepengar-lockar-riskkapitaljattar_5992389.svd)  
(Hämtad 2011-12-13)

Cervenka, Andreas och Nygårds, Olle. *Vårdboomens lönevinnare*. Svenska Dagbladet. Publicerad 2011-03-31.  
[http://www.svd.se/naringsliv/vardboomens-lonevinnare\\_6052883.svd](http://www.svd.se/naringsliv/vardboomens-lonevinnare_6052883.svd) (Hämtad 2011-12-13)

Dagens Nyheter. *Riskkapitalister ger sig ut på förlåt-mig turné*. Publicerad 2011-12-09.  
<http://www.dn.se/ekonomi/riskkapitalister-ger-sig-ut-pa-forlatmig-turne> (Hämtad 2011-12-13)

Dahlberg, Leif. *Artros*. Publicerad 2011-03-11.  
[http://www.netdoktorpro.se/ortopedi/medicinska-oversikter/artros\\_1](http://www.netdoktorpro.se/ortopedi/medicinska-oversikter/artros_1) (Hämtad 2011-12-11)

Dahlberg, Leif. *Nationella riktlinjer för behandling av rörelseorganens sjukdomar*. Ortopediska kliniken, Skånes Universitetssjukhus och Lunds Universitet. 2010.

Ekonomifakta. *Ekonomifakta - Artiklar - 2010 - September: Vårdföretag vanligast i Stockholm*.  
<http://www.ekonomifakta.se/sv/Artiklar/2010/September/Vardforetag-vanligast-i-Stockholm/> (Hämtad 2011-11-16)

Ekvall Hansson, Eva och Sörensson, Eva och Renhuden, Anne-Marie och Lundgren, Malin och Bjärnung, Åsa och Dahlberg, Leif E. *Artrosskola i primärvården*. Läkartidningen nr 32, 2008. Publicerad 2008-08-05, Malmö.

Gabay, Odile. *Osteoarthritis: New Perspectives*. National Institute of Arthritis, Musculoskeletal and Skin Disease, NIAMS. USA: 2011.

Global Health Partner. Årsrapport 2010. Göteborg.

Grujic, Mika och Tham, Ida. *Ersättningssystemet i primärvården - Morot eller piska?* Stockholms Universitet 2009.

Gustavsson, Anna. Carema slopar bonussystem. *Dagens Nyheter*. 2011-11-10. <http://www.svd.se/naringsliv/efter-vardskandalerna-carema-slopar-bonussystem-6626382.svd> (Hämtad 2011-11-15)

Haglund, Olle. *Artros – den dolda folksjukdomen*. Medicinsk access, nr 6. 2008.

Hake, Carl-Magnus. *Få ortopedkliniker har bokat lediga vårdplatser trots tusentals patienter i kö*. *Dagens Medicin*. 2005.

Hwang, Jason och Christensen, Clayton. *Disruptive Innovation in Health Care Delivery: A Framework For Business-Model Innovation*. *Health Affairs* 27, no.5, 2007.

Isacson, Torbjörn. *Riskkapitalister i ny vårdskandal*. E24. Publicerad 2011-11-02. <http://www.e24.se/analys/riskkapitalister-i-ny-vardskandal-3159516.e24> (Hämtad 2011-12-13)

Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien. *En svensk testbädd för klinisk forskning och utveckling*. 2009.

Lidgren, Lars och Johnell, Olof. *Behandlingsindikationer för tre ortopediska sjukdomsgrupper*. Lund: Nationellt kompetenscentrum för ortopedi (NKO). 2005.

Limbach, Gabi. *Folkloristiska arkivet vid Åbo Akademi*. Åbo: Arkivguide. 2006.

Ljunggren Lönngren, Lil och Kilsvind, Hans. *Vägval för Vårdval – så gjorde man i sju landsting och regioner*. Rådhusgruppen City. Vårdföretagarna Almega. 2010.

Lopez, John P.F. och Burent, Christofer J. Och Siminoff, Laura A. Och Kwoh, C. Kent och Ibrahim, Said A. *Patient perceptions of access to care and referrals to specialists: a comparison of African-American and white older patients with knee and hip osteoarthritis*. St. Peters Hospital, Emergency Department, New Brunswick, NJ, USA: 2005.

Lundell, Stefan. *Fakta: Här är Tritons bolag*. *Dagens Industri*. Publicerad 2011-11-26. [http://di.se/Default.aspx?sr=3&tr=296515&rlt=0&pid=252083\\_ArticlePageProvider&epslanguage=sv&referrer=http%3A%2F%2Fwww.google.com%2Furl%3Fsa%3Dt%26rct%3Dj%26q%3Dcarema%2520antal%2520anst%25C3%25A4llda%25202011%26source%3Dweb%26cd%3D9%26ved%3D0CGoQFjAI%26url%3Dhttp%25A%25F%252Fdi.se%252FArtiklar%252F2011%252F11%252F25%252F252083%252FHar-ar-Tritons-alla-bolag%252F%253Fsr%253D3%2526tr%253D296515%2526rlt%253D0%26ei%3DI9XcTo-CK-eG4gSi8bmFCQ%26usg%3DAFQjCNHLWtyF9fHIFo-abqNdLHmrC-ReXQ%26sig%3D6E-8a4rvhtYGPgmWBWDiFg](http://di.se/Default.aspx?sr=3&tr=296515&rlt=0&pid=252083_ArticlePageProvider&epslanguage=sv&referrer=http%3A%2F%2Fwww.google.com%2Furl%3Fsa%3Dt%26rct%3Dj%26q%3Dcarema%2520antal%2520anst%25C3%25A4llda%25202011%26source%3Dweb%26cd%3D9%26ved%3D0CGoQFjAI%26url%3Dhttp%25A%25F%252Fdi.se%252FArtiklar%252F2011%252F11%252F25%252F252083%252FHar-ar-Tritons-alla-bolag%252F%253Fsr%253D3%2526tr%253D296515%2526rlt%253D0%26ei%3DI9XcTo-CK-eG4gSi8bmFCQ%26usg%3DAFQjCNHLWtyF9fHIFo-abqNdLHmrC-ReXQ%26sig%3D6E-8a4rvhtYGPgmWBWDiFg) (Hämtad 2011-12-01)

Läkemedelsverket. *Behandling av artros*. Nr 3, 2004.

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. *What is osteoarthritis?* U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services. 2010.

Nationellt kompetenscentrum för ortopedi. *Indikationer för behandling inom ortopedi – Prognoser över antal operationer för respektive sjukdomsgrupp och län 2002-2020*. 2011.

Nationellt kompetenscentrum för ortopedi. *Indikationer för behandling inom ortopedi – Behandlingsindikationer för tre ortopediska sjukdomsgrupper*. Lund, 2005.

Nordin, Eva. *Stockholm går före med utökat vårdval*. Sjukhusläkaren. 2011. <http://www.sjukhuslakaren.se/2011/03/10/stockholm-gar-fore-med-utokat-vardval/>

Närtid, Marie. *Lättare att söka vård utomlands med nytt direktiv*. Läkartidningen. Publicerad 2011-01-19.

Olsson, Nicklas. *Knäskador*. Artroteamet på Ortopediska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Seminarium 2011-01-20. Göteborg, 2011.

Ortopediska Huset. *Årsredovisning Ortopediska Huset Viribus Unitus AB*. Solna, 2011.

Proxima. Proxima - Om Proxima – Press – Pressreleaser: *Affären mellan Aleris och Proxima slutförd*. Publicerad 2011-05-04. <http://www.proxima.se/sv/Nyheter/Press-och-media/Pressreleaser/2011/Affaren-mellan-Aleris-och-Proxima-slutford/> (Hämtad 2011-12-17)

Reumatikerförbundet. *Reumatiska sjukdomar från a till ö*. Reumatikerförbundet 2009.

Shi, Leiyu. *Balancing primary versus specialty care*. Journal of the Royal Society of Medicine. Volume 88, 1995.

Svahn, Clas. *Carema lovar skatta i Sverige*. Dagens Nyheter. Publicerad 2011-12-13. <http://www.dn.se/nyheter/sverige/carema-lovar-skatta-i-sverige> (Hämtad 2011-12-13)

Svenska Knäprotesregistret. *Årsrapport 2011*. Ortopediska kliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lund, 2011.

Svensk Ortopedisk Förening. *Målbeskrivning och Handbok Ortopedi*. 2009.

Svensk Reumatologisk Förening. *Reumatologi – Med SRFs rekommendationer 101201*. Socialstyrelsen. 2010.

Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. *TLV – Om TLV*. 2009. Tanna, Saloni. *Osteoarthritis " Opportunities to address pharmaceutical gaps"*. Priority medicines for Europe and the World. 2004.

<http://www.tlv.se/tlv/> (Hämtad 2011-12-11)

Thorstensson, Carina och Rybo, Cattis och Cederlund, Ingrid. *Patientskolor – primärvård och reumatikerföreningar i samverkan*. Reumatikerförbundet. Borås: 2009.

TiGenix. *Business Update and Financial Highlights First Half 2011*. Belgien, 2011.

Vårdfokus. Vårdförbundet – Vårdfokus – Webbnyheter – 2011 – November: *Carema kan uteslutas ur Vårdföretagarna*. Publicerad 2011-11-01. <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2011/November1/Carema-kan-uteslutas-ur-Vardforetagarna/> (Hämtad 2011-12-13)

Vårdföretagarna Almega. Vårdföretagarna Almega – Näringspolitik – Seminarium: *Vårdval inom specialistvård, valfrihetens nästa steg*. Seminarium 2011-07-19.  
[http://www.vardforetagarna.se/web/Vardval\\_inom\\_specialistvard\\_ar\\_valfrihetsreform\\_ens\\_nasta\\_steg.aspx](http://www.vardforetagarna.se/web/Vardval_inom_specialistvard_ar_valfrihetsreform_ens_nasta_steg.aspx) (Hämtad 2011-12-12)

Vård och Hälsa, Tema: Säker vård – Gästartiklar: *Global Health Partner satsar på specialistvård*. 2011-06-30  
<http://www.sakervard.se/page.php?id=1204> (Hämtad 2011-12-06)

Vänsterpartiet. *Vårda riskkapital? Vänsterpartiets undersökning av privata vårdföretag i Stockholms län*. 2011.  
[http://storstockholm.vansterpartiet.se/wp-content/uploads/2011/04/Varda\\_riskkapital\\_rapport\\_2011.pdf](http://storstockholm.vansterpartiet.se/wp-content/uploads/2011/04/Varda_riskkapital_rapport_2011.pdf) (Hämtad 2011-11-06)

Wohlin, Jonas och Hohman, Jessica och Stalberg, Holger. *Initial results promising for bundled payment model in Stockholm*. Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting, Institute for Strategy and Competitiveness. Publicerad 2011-12-15.

Öfverberg, Ulf och Ljunggren Lönnberg, Lil. *Patienter måste kunna välja specialistvård*. Svenska Dagbladet. Publicerad 2011-12-05.  
[http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/patienter-maste-kunna-valja-specialistlakare\\_6680068.svd](http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/patienter-maste-kunna-valja-specialistlakare_6680068.svd) (Hämtad 2011-12-12)

Öqvist Seimyr, Gustaf. *Vetenskapsmetodik*. Statistik och vetenskapsmetodik, Karolinska Institutet och S:t Eriks Ögonsjukhus. 2011.

Öqvist Seimyr, Gustaf. *Vetenskapsmetodik*. Karolinska Institutet, S:t Görans Ögonklinik.  
[http://pingpong.ki.se/public/pp/public\\_courses/course05887/published/1289756281091/resourceId/3959718/content/infoweb/node-2610658/vetenskapsmetodik.pdf](http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course05887/published/1289756281091/resourceId/3959718/content/infoweb/node-2610658/vetenskapsmetodik.pdf)  
(Hämtad 2011-12-20)

### Offentliga myndigheter

Andersson Forsman, Catarina och Karnström, Leif. *Uppföljning av vårdval för förlossningar, kataraktoperationer och höft- och knäprotesoperationer*. Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting. 2009.

Bergstrand, Björn. *Sweden for Clinical Research – Report on Sweden's competitive advantages for clinical development*. Sveriges Offentliga Utredningar, SweCare, Invest in Sweden Agency. 2009.

Benner-Forsberg, Gunilla och Butt, Nooreen och Fält, Britt och Larsmark, Britta och Norén, Anne-Marie och Wikström, Gunnel. *Primärvårdsrehabilitering och sjukgymnastik – underlag för vårdval*. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. 2011.

Dahlgren, Göran. *Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter*. Gemensam Velfärd och LO-distriktet, Stockholms läns landsting. 2010.

Green, Kristina. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2005*. Sveriges kommuner och landsting. Stockholm: 2006.

Hammarström, Anna. *Välj höftprotosoperation och Välj knäprotosoperation*. Vårdguiden, Stockholms läns landsting, 2009.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: *Auktorisering och Vårdval Stockholm*. Stockholms läns landsting, 2008.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: *Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2011*. Stockholms läns landsting, 2011.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: *Regelbok för höft- och knäprotosoperationer 2011*. Stockholms läns landsting, 2011.

Hälso- och sjukvårdslandstinget Göteborg. *Uppföljning av privata sjukgymnaster med ersättning enligt nationella taxan för perioden 2009-07-01 – 2010-06-30*. Västra Götalandsregionen, 2010.

Kammarkollegiet. Upphandlingsstöd – Grunderna i Offentlig Upphandling. 2011 <http://www.upphandlingsstod.se/grunderna-i-offentlig-upphandling> (Hämtad 2011-11-29)

Klintefelt, Anna. Befolkning efter ålder och kön. *Statistiska centralbyrån*. 2000. [http://www.scb.se/statistik/BE/BE0701/2000I02/BE51ST0303\\_05.pdf](http://www.scb.se/statistik/BE/BE0701/2000I02/BE51ST0303_05.pdf) (Hämtad 2011-11-16)

Landstinget i Kalmar Län. Landstinget i Kalmar Län – Hälsa & Vård – Sjukhus – Oskarshamns sjukhus – Ortopedkliniken – Patientinformation – Tibiaosteotomi: *Omvinklingsoperation vid ledbroskförslitning i knäleden*. 2011. [http://www.ltkalmar.se/lttemplates/Page\\_7079.aspx](http://www.ltkalmar.se/lttemplates/Page_7079.aspx) (Hämtad 2011-11-29).

Norrbottnens läns landsting. *Framtidens Sjukvård – Grönbok: Vård av idéer – Först en del utmaningar som vi inte kan blunda för*. 2011. <http://www.framtidenssjukvard.se/groenbok-vaard-av-ideer/foerst-en-del-utmaningar-som-vi-inte-kan-blunda-foer.aspx> (Hämtad 2011-11-12)

Riksdagen. Sveriges Riksdag – Dokument – Lagar – Svensk författningssamling: *Lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik*. Senast ändrad 2011. <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1993:1652> (Hämtad 2012-01-09)

Socialdepartementet, Regeringskansliet. *Hälso- och sjukvård i Sverige*. Faktablad Nr 14. Stockholm: Grafisk Service. 2007.

Socialdepartementet, Regeringskansliet. *Vårdval i Sverige*. SOU 2008:37. Publicerad 2008-04-28.

Socialstyrelsen. *Införandet av vårdval i primärvården – Delredovisning*. 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17798/2009-10-125.pdf> (Hämtad 2011-12-13)

Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Sveriges kommuner och landsting. Stockholm, 2009.



Statistiska centralbyrån. Statistiska centralbyrån – Hitta statistik – Statistik efter ämne – Befolkning - Befolkningsstatistik – Tabeller och diagram: Folkmängd i alla landskapen den 31 december 2010.  
[http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_311941.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart___311941.aspx) (Hämtad 2011-12-10)

Stockholms läns landsting, 2011.  
<http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=59437>

Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting – Verksamhet – Hälsa och vård. 2011.  
<http://www.sll.se/sll/templates/GuidePage.aspx?id=19054> (Hämtad 2011-12-06)

Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting – Verksamhet – Hälsa och Vård: Vårdval Stockholm. 2011.  
<http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=45352> (Hämtad 2011-11-16)

Svensk författningssamling (SFS). *Förordning om ändring i förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik*. 2011.

Sveriges kommuner och landsting. Nationella Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Stockholm: 2010.

Sveriges kommuner och landsting. SKL – Press – Nyheter: *Storsatsning på kvalitetsregister*. 2011.  
[http://www.skl.se/press/nyheter\\_2/storsatsning-pa-kvalitetsregister](http://www.skl.se/press/nyheter_2/storsatsning-pa-kvalitetsregister) (Hämtad 2012-01-03)

Sveriges kommuner och landsting. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010 – verksamhet och ekonomi i landsting och regioner*. Stockholm, 2011.  
[http://brs.skl.se/brsbibl/kata\\_documents/doc40006\\_1.pdf](http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc40006_1.pdf) (Hämtad 2011-12-10)

Sveriges Riksdag. Sveriges Riksdag – Dokument – Skriftliga frågor: Skriftlig fråga 2011/12:43 Bolagskonstruktioner, avdrag och bolagsskatt.  
[http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=67&doktyp=fr&dok\\_id=GZ1143&rm=2011/12&bet=43](http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=67&doktyp=fr&dok_id=GZ1143&rm=2011/12&bet=43) (Hämtad 2011-12-11)

Sörman, Håkan. *Väntetider till vård i ett internationellt perspektiv*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. 2011.

Uppdragsguiden. Uppdragsguiden Stockholms läns landsting – Auktorisering & Vårdval Stockholm – Kommande vårdval. 2011.  
<http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Kommande-varldval/> (Hämtad 2011-12-08)

Uppdragsguiden. Uppdragsguiden Stockholms läns landsting – Hantera avtal – Auktorisering – Vårdval Stockholm – Kommande vårdval: *Specialiserad obesitasbehandling*. 2011.  
<http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Kommande-varldval/Specialiserad-obesitasbehandling/> (Hämtad 2011-12-12)



Viss. Viss Stockholms läns landsting – Handläggning – Knäledsartros. 2010.  
<http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Musko-skelett/Knaledsartros/> (Hämtad 2011-12-11)

Vårdguiden. Vårdguiden – Så funkar det – Stöd och hjälp – Patientavgifter. 2012.  
<http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Stod/Patientavgifter/> (Hämtad 2012-01-09)

Vårdguiden. Vårdguiden – Så funkar det – Vårdval – Välj vård. 2011.  
<http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Vardval/Valj-varld/> (Hämtad 2011-11-16)

Wikström, Gunnel. *Förslag till förfrågningsunderlag enligt LOV om primärvårdsrehabilitering*. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. 2011.

## Hemsidor

Aleris. Aleris Specialistvård. 2009.  
<http://www.alerisinfo.se/hoftknaoperation> (Hämtad 2011-12-13)

Arthro Clinic Zurich. Arthro Clinic Zurich – Portrait.  
<http://www.arthroclinic.ch/portrait> (Hämtad 2011-12-23)

Arthrosurface. 2011.  
[www.arthrosurface.com](http://www.arthrosurface.com) (Hämtad 2011-12-10)

Avanza Bank AB, 2011.  
<https://www.avanza.se/aza/events/kampanj.jsp?id=13759> (Hämtad 2011-12-06)

BOA. BOA, Bättre omhändertagande av patienter med artros – Artrosskola i BOA. 2011.  
<https://www.boaregistret.se/sv/BOAPart3.aspx> (Hämtad 2012-01-18)

BOA. BOA, Bättre omhändertagande av patienter med artros – Vad är artros? 2011.  
<http://www.boaregistret.se/sv/BOAPart6.aspx> BOA (Hämtad 2011-11-15)

Carema sjukvård. Carema sjukvård – Hitta mottagning – Ortopediska operationer – Enheter: Carema Ortopediska Huset. 2011.  
<http://caremasjukvard.se/20/huvudnavigation/hitta-mottagning/ortopediska-operationer/enheter/carema-ortopediska-huset.html> (Hämtad 2011-11-21)

Carema sjukvård. Carema sjukvård – Om Carema Sjukvård: *Hälso- och sjukvård nära kunden*. 2011.  
<http://www.caremasjukvard.se/20/huvudnavigation/om-carema-sjukvard.html> (Hämtad 2011-12-06)

Capio Artro Clinic. Capio Artro Clinic – FAQ. 2010.  
<http://www.capioartroclinic.se/Om-oss/FAQ/Nyheter-pa-Artro-Clinic/> (Hämtad 2011-12-29)

Capio Artro Clinic. Capio Artro Clinic – Om oss. 2007.  
<http://www.capioartroclinic.se/sv/Om-oss/> (Hämtad 2011-12-13)

Capio. Capio – Om Capio – Fakta. 2011.  
<http://www.capio.com/sv/Start/OmCapio/Fakta/> (Hämtad 2011-12-06)

- Capio. Capio – Patientinfo – Här finns vi. 2011.  
<http://www.capio.com/sv/Start/Patientinfo/Har-finns-vi/> (Hämtad 2011-12-06)
- Capio S:t Görans Sjukhus. Capio S:t Görans Sjukhus – Om oss – Historia. 2011.  
<http://www.stgoran.se/sv/Om-oss/Korta-fakta/Historik/> (Hämtad 2011-11-20)
- Capio S:t Görans sjukhus. Capio S:t Görans sjukhus – Patient – Kliniker och avdelningar – Ortopedkliniken. 2011  
<http://www.stgoran.se/sv/Patientinfo/Kliniker--Avdelningar/Ortopedkliniken/Ortopedmottagningen/> (Hämtad 2011-12-15)
- Capio S:t Görans Sjukhus. Capio S:t Görans sjukhus – Patient – Om din sjukdom/operation – Knäledsartros allmänt: *Till dig som har knäledsartros*. 2009.  
<http://www.stgoran.se/sv/Patientinfo/Om-din-sjukdom/Knaledsartros--allmant/> (Hämtad 2011-11-29).
- Episurf. Episurf Medical – Broskskador – Befintliga behandlingsalternativ. 2010.  
<http://www.episurf.com/en/broskskador/befintliga-behandlingsalternativ> (Hämtad 2011-12-11)
- Global Health Partner. Global Health Partner – Om oss: *Om Global Health Partner*. 2011.  
<http://www.globalhealthpartner.com/sv/om-oss.html> (Hämtad 2011-12-06)
- Health Turism. Health-Tourism.com – Medical tourism – Orthopedics – Europe – Osteoarthritis Treatment in Europe – About Osteoarthritis Treatment.  
<http://www.health-tourism.com/osteoarthritis-treatment/europe-3/> (Hämtad 2011-12-28)
- Internet medicin. Internetmedicin.se – Reumatoid artrit (RA).  
[http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=301](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=301) (Hämtad 2012-01-18)
- Karolinska Universitetssjukhuset. 2010. Karolinska Universitetssjukhuset – Kliniker och enheter – Ortopedkliniken – Ledprotessektion Solna – Knäprotes. 2010.  
<http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Kliniker--enheter/Ortopedkliniken/Ledprotessektion-Solna/Knaprotes/> (Hämtad 2011-11-29).
- Ortho Center Stockholm. Ortho Center Stockholm – Om oss. 2010.  
[http://www.ortocenter.se/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=3](http://www.ortocenter.se/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=3) (Hämtad 2011-12-13)
- Praktikertjänst. Praktikertjänst – Om Praktikertjänst: *Detta är Praktikertjänst*. 2011.  
<http://www.praktikertjanst.se/templates/Page.aspx?id=56> (Hämtad 2011-12-06)
- Praktikertjänst. Praktikertjänst – Vårdvalet Var & När. 2011  
<http://www.vardvalsverige.se/Var-Nar/> (Hämtad 2011-12-10)
- Praktikertjänst. *Vårdval 2.0 – reformen som kom av sig?* Partner i Vården, nr 1, 2011.
- Reumatikerförbundet. Reumatikerförbundet – Diagnoser – Artros. 2009.  
<http://www.reumatikerforbundet.org/start.asp?sida=3899> (Hämtad 2011-11-29)

Reumatikerförbundet. Reumatikerförbundet – Diagnoser – Artros. 2011.

<http://www.reumatikerforbundet.org/start.asp?sida=3899>

Smith & Nephew. Smith& Nephew – US Home – Products – Resorbable scaffolds – Trufit  
bgs plugs. 2011.

[http://global.smith-nephew.com/us/product23822\\_5926.htm](http://global.smith-nephew.com/us/product23822_5926.htm) (Hämtad 2011-12-10)

TiGenix. 2011.

[www.tigenix.com](http://www.tigenix.com) (Hämtad 2011-12-10)

Vårdföretagarna Almega. Vårdföretagarna Almega – Fakta – Statistik. 2011

<http://www.vardforetagarna.se/web/Statistik.aspx> (Hämtad 2011-11-08)

Vårdföretagarna Almega. Vårdföretagarna Almega – Näringspolitik – Ståndpunkter –  
Valfrihet inom öppen specialistvård. 2011.

[http://www.vardforetagarna.se/web/Valfrihet\\_inom\\_oppen\\_specialistvard.aspx](http://www.vardforetagarna.se/web/Valfrihet_inom_oppen_specialistvard.aspx)






(Hämtad 2011-11-11)

Web MD. <http://www.webmd.com/osteoarthritis/guide/osteoarthritis-basics> (Hämtad  
2011-12-28)

# Bilagor

## Bilaga 1. Intervjurespondenter

### Experter Sverige

	Ledande befattningshavare inom privat vård		Branschorganisationer		Övriga
	Politiker		Vårdpersonal		

Ekonomihögskolan, LU	Jan-Inge Lind	Docent	2011-10-29 Lund
Vårdföretagarna, Almega	Ulf Öfverberg	Näringspolitisk expert inom sjukvård	2011-11-11 Stockholm
Carema	Peter Weiderman	Grundare och tidigare VD, Styrelseordf. Ambea	2011-11-09 Stockholm
Episurf	Nina Bake	VD Episurf	2011-11-17 Stockholm
Karolinska Universitetssjukhuset	Leif Ryd	Ortoped	2011-11-23 Stockholm
Capio Specialistkliniker	Åke Strandberg	Chef Capio Specialistkliniker	2011-11-09 Stockholm
Praktikertjänst	Björn Zackrisson	Affärsområdeschef Hälso- och Sjukvård	2011-11-09 Stockholm
Aleris	Yonna Olsson	Affärsutvecklingschef	2011-11-15 Stockholm
Global Health Partner	Karin Holstein	Klinikdesigner	2011-12-28 Lund
Global Health Partner	Jonas Wohlin	VD Dubai Diabetes och Fetma	2011-12-22 Stockholm
Capio Artro Clinic	Magnus Forssblad	VD Capio Artro Clinic	2011-12-05 Stockholm
Global Health Partner	Per Båtelson	Grundare och VD Global Health Partner	2011-12-15 Stockholm
Sophiahemmet	Peter Seger	VD Sophiahemmet	2011-11-18 Stockholm
Karolinska Universitetssjukhuset	Bo Ringertz	Reumatolog	2011-12-07 Stockholm
Folkpartiet	Birgitta Rydberg	Sjukhuslandstingsråd	2011-11-17 Stockholm
Stockholms läns landsting	Anne-May Moberg	Vårdval reumatologi	2011-11-28 Stockholm
Stockholms läns landsting	Barbro Nordqvist	Vårdgarantikansliet, handläggare	2011-11-18 Stockholm telefon, mail
Stockholms läns landsting	Anne-Marie Norén	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	2012-01-08 Stockholm telefon
Stockholms läns landsting	Marina Skarbøvik	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	2011-12-29 Stockholm telefon, mail
Reumatikerförbundet	Anne Carlsson	Ordförande Reumatikerförbundet	2011-12-14 Stockholm
Skånes Universitetssjukhus	Leif Dahlberg	Ortoped, grundare av BOA	2011-12-12 Malmö

## Bilaga 2: Intervjuguider Expertintervjuer

Respondenter från fyra olika expertområden har intervjuats. I denna bilaga redovisas intervjuguiderna för respektive expertis. Intervjuguiderna har följts men ibland anpassats efter respondents bakgrund och kompetens samt tidsåtgång.

### 2a. Intervjuguide: Ledande befattningshavare inom privat vård

#### Information om vårdföretaget

- Företag
- Kontaktperson: namn, kontaktuppgifter och titel
- Omsättning
- Antal anställda
- Antal kliniker

#### Förutsättningar för specialistkliniker i Sverige

- Hur ser Du på marknaden för specialistkliniker i Sverige
- Hur har denna marknad utvecklats under de senaste åren?
- Vilka är de största drivkrafterna bakom fenomenet specialistkliniker?
- Viktiga aspekter är viktiga för att lyckas på marknaden?
- Vilka är de största barriärerna för uppstart av specialistkliniker idag?
  - Hur arbetar man runt dessa på bästa sätt?
- Vilka är de största skillnaderna att tillhöra en stor koncern mot att stå helt på egna ben?
- Hur identifierar Ni vilka vårdområden som skall ingå i Ert erbjudande?
  - Vilka vårdområden är mest lönsamma?
  - Vilken trend ser Du för kliniker inom specifika sjukdomsområden?
- Skiljer sig affärsmodellen åt beroende på typ av sjukdomsområde som kliniken behandlar?
- Ligger era kliniker i anslutning till akutsjukhus eller är de helt fristående?
- Behandlar någon av era kliniker artros/reumatism idag?
  - Om nej, varför inte?
  - Är detta vårdområde attraktivt?
- Hur ser ägandestrukturen ut för Era specialistkliniker?
  - Arbetar ni enbart med helägda kliniker?
  - Strategiska allianser?

#### Uppstarten

- Hur föddes idén till uppstart av detta vårdföretag?
  - Patientbehov?
  - Påtryckningar från läkare/personal?
  - Privata intressenter?
  - Politiska påtryckningar?
- Hur gick ni tillväga vid uppstart?
  - Startade själva från grunden?
  - Joint venture?
  - Uppköp?
- Vilka var era största hinder vid uppstart?
  - Politiska hinder?
  - Sociala hinder?
    - Kunder?
    - Läkare och personal?
  - Ekonomiska hinder?
    - Investeringskostnad?
    - Paybacktid?
- Vad anser Du är "critical success factors" som gjort att just Ni lyckats?

## Dagsläget – Affärsmodellen

- Hur ser ägandestrukturen ut i företaget idag?
  - Aktiebolag?
  - Riskkapitalbolag?
  - Förening/Stiftelse?
  - Annat?
- Hur är företaget finansierat?
  - Eget kapital
  - Banklån
- Vilka är era kostnader och hur är de fördelade?
  - Vilka är de viktigaste kostnaderna?
  - Vilka resurser är mest kostsamma?
  - Vilka aktiviteter är mest kostsamma?
- Varifrån kommer inkomsterna?
  - Skattemedel
  - Försäkringar
  - Privatpersoner betalar själva
- Vilka är era största konkurrenter?
  - Antal
  - Storleksfördelning
  - Marknadsandelar konkurrenter och ert vårdföretag
- Hur skiljer sig ert erbjudande från konkurrenternas? Hur är ni positionerade jämfört med era konkurrenter?
- Vilka är era kunder? Vad har de gemensamt?
  - Antal
  - Demografi: ålder, kön, inkomst, geografiskt, sjukdomar
  - Engångskunder eller återkommande?
  - Vilka är Era viktigaste kundsegment och varför?
- Hur marknadsför ni er? Hur får kunderna reda på att ni finns?
  - Vilka marknadsföringskanaler/strategier upplever ni fungerar bäst?
  - Hur arbetar ni för att behålla kunderna?

## Framtiden

- Vad är era största utmaningar framöver?
- Vilka trender ser ni på marknaden?
  - Konkurrens – ökat/minskat utbud?
  - Kunder – ökat/minskat behov?
  - Erbjudande – förändrat kundbehov?
  - Kostnadsstruktur
- Vad tror ni om konceptet specialistkliniker inom artros?

## Tips till examensarbetet?

- Personer att kontakta
  - Personer inom vårdkoncernen?
  - Vårdpersonal?
- Områden att undersöka närmare
- Avgränsningar

## 2b. Vårdpersonal

### Information om intervjurespondenten

- Namn
- Kontaktuppgifter
- Titel
- Bakgrund

## Behandling av artros i Sverige

- Var behandlas artrospatienter i Sverige idag?
- Vem behandlar artrospatienter i Sverige idag?
  - Allmänläkare?
  - Specialistläkare?
    - Ortoped?
    - Reumatolog?
    - Annan profession?
  - Sjukgymnast?
  - Arbetsterapeut?
  - Annan vårdpersonal?
- Hur behandlas artrospatienterna i Sverige idag?
- Vilka behandlingar är vanligast?
- Vilka behandlingar är mest effektiva?
- Vilka är prisnivåerna för de olika typerna av behandlingar?
- Hur upplever patienterna de olika behandlingarna?
- Finns det artrospatienter som idag söker vård utomlands?
  - Om ja, varför?
- Vilka är de största framtida utmaningarna inom behandlingen av artros?

## Utländska kliniker

- Är kombinationen att behandla reumatoid och artros på samma klinik, som ofta förekommer i USA, bekant för dig?
  - Om ja, varför tror du att detta skiljer sig mellan USA och Sverige?
- Hur behandlar man artros i andra länder, exempelvis Tyskland, England, Frankrike?
- Vilka länder rekommenderar Du att vi undersöker i vår benchmarking och varför?

## Framtiden – affärsmodell för artrosklinik

- Hur går diskussionerna kring var och av vem artrospatienter ska behandlas i Sverige?
- Vilka är dina synpunkter kring nära samarbeten mellan professionerna reumatologi och ortopedi i Sverige?
  - Vilka största hinder tror du denna typ av samarbeten stöter på?
  - Vilka synergieffekter tror Du skulle kunna uppnås?
- Vad tror du om konceptet specialiserad artrosklinik i Stockholmsområdet?
  - Vilka blir det största utmaningarna?

## Tips till examensarbetet?

- Personer att kontakta
  - Annan vårdpersonal?
  - Kliniker/vårdpersonal utomlands?

## 2c. Branschorganisationer

### Information om branschorganisationen

- Organisation
- Kontaktperson: namn, kontaktuppgifter och titel
- Antal medlemmar
- Medlemskriterier

### Hälso- och sjukvårdsbranschen allmänt

- Hur delas hälso- och sjukvårdsbranschen in?
- Hur är fördelningen mellan privat och offentlig vård i Sverige idag?
- Hur många privata företag finns?

- Hur är marknadsandelarna fördelade mellan dessa?
- Domineras marknaden av stora koncerner eller mindre enskilda företag?
- Breda eller nischade aktörer?
- Vad karakteriserar de nya aktörerna?
- Hur har marknaden förändrats de senaste åren?
- Vilka trender har Ni identifierat?
  - Patienter och deras behov?
  - Vårdpersonal?
  - Politiska intressenter?
  - Offentliga vs. Privata aktörer?
  - Antalet aktörer?
  - Förändring av erbjudande hos vårdgivarna?

### Specialistkliniker

- Finns det en allmän vedertagen definition för begreppet Specialistklinik i Sverige?
  - Om ja, vilken?
  - Om nej, hur uppfattas begreppet av era medlemmar?
- Vilka typer av specialistkliniker finns idag?
- Hur delas de in?
- Inom vilka sjukdomsområden?
- Finn någon förteckning av dessa som vi kan ta del av?
- Vilka ser Du som de viktigaste drivkrafterna bakom fenomenet specialistkliniker i Sverige idag?
- Hur påverkas Sverige av trender runt om i världen?

### Artrosklinik

- Vilka är drivkrafterna enligt Er att artros behandlas i primärvården idag?
- Vilka är förutsättningarna för att etablera en specialistklinik för artrospatienter?
  - Politiska faktorer?
  - Ekonomiska?
  - Kundsegment
  - Samarbeten med branschorganisationer?
  - Övriga samarbeten?
- Vilka är de viktigaste möjligheterna för en sådan här typ av klinik?
- Vilka är de största barriärerna och hur arbetar man runt dessa på bästa sätt?
- Finns det några kliniker idag som är specifikt inriktade på behandling av artros i Sverige idag?
- Vad tror Ni artrospatienterna skulle tycka om detta koncept?
- Vad tycker Era medlemmar?

### Tips till examensarbetet?

- Personer att kontakta
- Läsvärd litteratur inom området?

## 2d. Politiker

### Information om intervjurespondenten

- Namn
- Kontaktuppgifter
- Partitillhörighet
- Titel
- Bakgrund

### Det politiska systemet



- Är landstingen helt självstyrande?
- Finns det några områden inom hälso- och sjukvårdssektorn som regleras på riksnivå?
  - Om ja, vilka?
  - Om nej, varför inte?
- Vilka risker finns med denna uppdelning av ansvariga politiska aktörer?

### Privat vs. Offentligt

- Hur är fördelningen mellan privat och offentligt driven vård i Sverige?
  - I Stockholm?
  - Om det skiljer sig mycket, varför?
- Vilka är likheter och skillnader mellan privata och offentliga vårdaktörer?
- Vad karakteriserar de privata aktörerna?

### Vårdavtal vs Vårdval i Stockholm

- Vilka är incitamenten bakom vårdavtal, så kallade vårdavtal?
- Vilka är drivkrafterna bakom införande av vårdval?
- Vilka är trenderna i Stockholm?
  - Inom vilka vårdområden är vårdval på gång?
  - Hur stor andel av specialistvården förväntas omfattas av vårdval inom en snar framtid?

### Vårdval höft- och knäprotesoperationer – hur fungerar det i praktiken?

- Vilka karakteristika har de vårdgivare som har auktoriserats?
- Hur har vårdvalet utfallit?
  - Förbättringar?
  - Försämringar
- Hur många patienter väljer vården själva?
  - Hur mäts detta?
- Rekommenderar remittenten patienterna?
  - Vem påverkar remittenten?
- Följer patienterna kösystemet?
- Hur maximerar kliniken sin ersättning via vårdval?

### Etablering av specialistklinik i Stockholm

- Vilka olika etableringsalternativ finns?
- Vilka etableringskrav måste uppfyllas enligt lag?
- Hur går etablering till – steg för steg?
- Vilka anser du är *critical success factors* för att lyckas?
- Vilka möjligheter finns på marknaden idag?

### Artrosklinik

- Vad tycker Du om konceptet specialistkliniker och specifikt en som behandlar artrospatienter?
- Vilka politiska regulationer gäller för etablering av en artrosklinik?
- Finns det vårdval inom detta vårdområde?
  - Om ja, vilka?
  - Om nej, varför inte? Vad finns istället?
- Vilka anser Du är de största hindren och barriärer?
- Hur nära samarbete krävs mellan privata och offentliga aktörer?
- Vilka är andra viktiga samarbeten? Med vilka?

### Tips till examensarbetet?

- Personer att kontakta
- Läsvärt skrivet av landstinget

## Bilaga 3. Enkätfrågor Ortopediska kliniker i Stockholms läns landsting

### ENKÄTUNDERSÖKNING

#### Del 1: Organisationen

1. Hur många anställda har er klinik?
2. Inom vilka yrkeskategorier
  - Ortoped
  - Reumatolog
  - Sjukgymnast
  - Arbetsterapeut
  - Other: \_\_\_\_\_

#### Del 2: Erbjudandet

3. Vilka behandlingar erbjuder Er klinik för patienter med knäartros?
  - Diagnos: Röntgen
  - Diagnos: MR
  - Diagnos: Artroskopi
  - Icke-kirurgisk behandling: Sjukgymnastik
  - Icke-kirurgisk behandling: Farmakologisk behandling
  - Kirurgisk behandling: Mikrofrakturering
  - Kirurgisk behandling: Mosaikplastik
  - Kirurgisk behandling: Broskcellstransplantation
  - Kirurgisk behandling: Osteotomi
  - Kirurgisk behandling: Knäprotesoperation
  - Other: \_\_\_\_\_
4. Icke-kirurgisk behandling: Hur stor andel av patienterna med knäledsartros behandlas med sjukgymnastik?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
5. Icke-kirurgisk behandling: Hur stor andel av patienterna med knäledsartros behandlas med farmakologisk behandling?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
6. Kirurgisk behandling: Hur stor andel av patienterna med knäledsartros behandlas med mikrofrakturering?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
7. Kirurgisk behandling: Hur stor andel av patienterna med knäledsartros behandlas med mosaikplastik?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
8. Kirurgisk behandling: Hur stor andel av patienterna med knäledsartros behandlas med broskcellstransplantation?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
9. Kirurgisk behandling: Hur stor andel av patienterna med knäledsartros behandlas med osteotomi?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
10. Kirurgisk behandling: Hur stor andel av patienterna med knäledsartros behandlas med knäprotesoperation?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_

---

### Del 3: Samarbeten

11. Har Er klinik upphandlingsavtal som tillåter att ta emot patienter från andra landsting?  
Om ja: Hur stor andel av patienterna kommer från andra landsting? Vilka landsting är de vanligaste?  
\_\_\_\_\_
12. Har Er klinik samarbete med några patientföreningar?  
Om ja: Vilka? Varför just dessa?  
\_\_\_\_\_
13. Har Er klinik samarbete med svenska försäkringsbolag?  
\_\_\_\_\_
14. Har Er klinik samarbete med utländskaförsäkringsbolag?  
Om ja: Vilka länder? Varför just dessa?  
\_\_\_\_\_
15. Har Er klinik samarbete med något akutsjukhus?  
Om ja: Vilket och varför?  
\_\_\_\_\_

### Del 4: Forskning och utbildning

16. Bedriver ni vid Er klinik?
- Klinisk forskning
  - Grundforskning
  - Utbildning
  - Other: \_\_\_\_\_
17. Om ingen forskning eller utbildning bedrivs: Varför inte?  
\_\_\_\_\_

### Del 5: Intäktsfördelning

18. Hur stor andel av intäkterna kan hänföras till: Offentlig ersättning?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
19. Hur stor andel av intäkterna kan hänföras till: Försäkringsbolag?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
20. Hur stor andel av intäkterna kan hänföras till: Privat betalande patienter?  
0 – 100 %  
\_\_\_\_\_
21. Finns några övriga intäktskällor?  
Om ja: Vilka? Hur stor andel kan hänföras till dessa?  
\_\_\_\_\_

## Bilaga 4. Mailfrågor till utländska kliniker

In the US we have noted that treatment of osteoarthritis is often linked with the treatment of rheumatoid arthritis (RA).

- Who is the customer? Do you treat patients with Osteoarthritis alone or do mainly patients with RA or other rheumatic diseases make up your customer base, with Osteoarthritis being a secondary disease?
- What treatment do you offer your patients with Osteoarthritis? Is the treatment mainly medicinal or do you also use surgical means?
- Are Arthritis Clinics the main choice among patients with Osteoarthritis? What other treatment centres exists?

## Bilaga 5. Väntetider i vården

Typ av operation	Kortast väntetid				Längsta väntetid			
	Mottagning		Operation		Mottagning		Operation	
	Antal veckor	Vårdgivare	Antal veckor	Vårdgivare	Antal veckor	Vårdgivare	Antal veckor	Vårdgivare
Höftledsartros förstagångsoperation	3	Aleris Proxima Nacka Närsjukhus	4	Aleris Proxima Nacka Närsjukhus	8	Capio St. Göran, Danderyd	12	Capio ST Göran, Danderyd
Höftledsartros andragångsoperation	4	Carema Ortopediska huset Carema Ortopediska huset,	4	Carema Ortopediska huset Carema Ortopediska huset, GHP	8	Capio St. Göran, Danderyd	12	Capio St. Göran, Danderyd
Höftledsplastik - vårdval	3	GHP Ortho Center	4	Ortho Center	4	KS Huddinge	12	KS Huddinge
Knäledsartros förstagångsoperation	3	Aleris Proxima Nacka Närsjukhus	3	Aleris Proxima Nacka Närsjukhus	8	Capio St. Göran, Danderyd	12	Capio St. Göran, Danderyd
Knäledsartros andragångsartros	4	Carema Ortopediska huset	4	Carema Ortopediska huset	8	Capio St. Göran, Danderyd	12	Capio St. Göran, Danderyd
Knäledsplastik - vårdval	3	Carema Ortopediska huset	3	Carema Ortopediska huset	4	KS Huddinge	12	KS Huddinge
Handartrosoperation	4	KS Huddinge	12	KS Huddinge	13	Södersjukhuset AB	52	Södersjukhuset AB
Reumatikeroperation	3	Telge Ortopedi	3	Telge Ortopedi	13	Södersjukhuset AB	52	Södersjukhuset AB
<b>Endast mottagning</b>								
Ortopedisk mottagning	3	Telge Ortopedi			36	Hand- och fotkirurgikliniken		
Reumatologisk mottagning	16	Reumatologmottagningen Utsikten			20	Reuma Center, Läkargruppen Victoria		

Källa: Vårdguiden 2011-11-10

## Bilaga 6. Populära vårdområden hos Sveriges största vårdkoncerner

Carema		Aleris		Capio		Global Health Partners	
Carema Ortopediska Huset	ortopedi	Aleris Obesitas Skåne	obesitas	Capio Anorexi Center	ätstörningar	Admira Kvinnohälsa	gynekologi
Carema Rehabcentrum Saltsjöbaden	rehabilitering	Aleris Specialistvård Ängelholm Ögonkliniken	ögon	Capio Arenakliniken	allmänkirurgi	Arrhythmia Center Stockholm	arytmi
		Elisabethsjukhuset Proxima Ortopedi Ängelholm	ortopedi	Capio Arthro Clinic	artroskopi	Ariatti Center Stockholm	obesitas
				Capio Maria	beroendevård	Bariatric Center Skåne	obesitas
				Capio Medicular	ögon	Gastro Center Skåne	obesitas
				Capio Tilma, tillhör Anorexicenter	beroendevård	Ortho Center IKF-kliniken	ortopedi
				Center för titthålskirurgi	obesitas m.m.	Ortho Center Stockholm	ortopedi
						Ortho Center Skåne	ortopedi
						Ortho Center Motala	ortopedi
						Spine Center Göteborg	ryggkirurgi
						Stockholm Gastro Center	obesitas
						Stockholm Spine Center AB	ryggkirurgi

Ögon

Ortopedi

Obesitas

Gynekologi

### Praktikertjänst

Antal kliniker Vårdområde

17 Ögon

16 Öron- näsa -hals

14 Hud- och könssjukdomar

11 Ortopedi

10 Kirurgi

7 Internmedicin

7 Gynekologi

6 Kardiologi

6 Medicinsk radiologi

6 Urologi

4 Reumatologi

2 Allergisjukdomar

2 Infektionssjukdomar

2 Neurologi

1 Handkirurgi

1 Lungsjukdomar

## Bilaga 7: Specialistkliniker och vårdval i olika landsting

Landsting	Specialistområde	Antal kliniker	Antal kliniker per 100 000 invånare	Vårdval?
Stockholms läns landsting	Allergi	73	3.8	Kommande
Stockholms läns landsting	Diabetes	52	2.7	Nej
Stockholms läns landsting	Gynekologi	138	7.3	Ja: mödravård, barnavård, förlossning
Stockholms läns landsting	Handkirurgi	13	0.7	Nej
Stockholms läns landsting	Obesitas	19	1	Kommande
Stockholms läns landsting	Ortopedi	158	8.3	Ja: höft- och knäprotesoperationer
Stockholms läns landsting	Reumatologi	19	1	Kommande
Stockholms läns landsting	Ögon	66	3.5	Ja: spec. ögonsjukvård öppenvård
Region Halland	Allergi	7	2.3	Vårdval Plus?
Region Halland	Diabetes	14	4.7	Vårdval Plus?
Region Halland	Gynekologi	15	5	Vårdval Plus?
Region Halland	Handkirurgi	0	0	Vårdval Plus?
Region Halland	Obesitas	4	1.3	Vårdval Plus?
Region Halland	Ortopedi	15	5	Vårdval Plus?
Region Halland	Reumatologi	2	0.7	Vårdval Plus?
Region Halland	Ögon	8	2.7	Vårdval Plus?
Region Skåne	Allergi	8	0.7	Nej
Region Skåne	Diabetes	41	3.4	Nej
Region Skåne	Gynekologi	67	5.6	Ja: mödravård, barnavård



Region Skåne	Handkirurgi	0	0 Nej
Region Skåne	Obesitas	2	0.2 Nej
Region Skåne	Ortopedi	5	0.4 Nej
Region Skåne	Reumatologi	8	0.7 Nej
Region Skåne	Ögon	9	0.8 Under utredning
Landstinget i Östergötland	Allergi	3	0.8 Nej
Landstinget i Östergötland	Diabetes	4	1 Nej
Landstinget i Östergötland	Gynekologi	2	0.5 Nej
Landstinget i Östergötland	Handkirurgi	2	0.5 Nej
Landstinget i Östergötland	Obesitas	0	0 Ja
Landstinget i Östergötland	Ortopedi	11	2.8 Nej
Landstinget i Östergötland	Reumatologi	8	2 Nej
Landstinget i Östergötland	Ögon	9	2.3 Nej
Västra Götalandsregionen	Allergi	5	0.4 Nej
Västra Götalandsregionen	Diabetes	71	5.9 Nej
Västra Götalandsregionen	Gynekologi	66	5.5 Nej
Västra Götalandsregionen	Handkirurgi	6	0.5 Nej
Västra Götalandsregionen	Obesitas	15	1.3 Nej
Västra Götalandsregionen	Ortopedi	59	4.9 Nej
Västra Götalandsregionen	Reumatologi	33	2.8 Nej
Västra Götalandsregionen	Ögon	39	3.3 Nej

 **Vårdval infört**

 **Vårdval på gång**

## Bilaga 8: Jämförelse artroskliniker USA

Klinik	Sjukdomsområde		Vårdprocess		Personalens kompetenser	
	Primär vårdkategori	Sjukdomar	Faser	Behandlingsmetoder	Huvudområde	Övriga
<b>Arizona Arthritis and Rheumatology Associates</b>	Reumatologi	-	-	Lab Röntgen Bendensitetsmätning Infusion (dropp) MRI Elektrodiagnostik	Läkare inom invärtesmedicin och reumatologi	
<b>Hip and Knee Arthritis Center</b>	Artros	Höft- och knäledsartros	-	Icke-kirurgiska ingrepp	Reumatologi, Specialister inom artros	Geriatriker Anestesiologi
<b>Early Arthritis Clinic</b>	Reumatologi	Reumatoid artrit, Psoriasisartrit, Ankyloserande spondylit	Tidigt	Medicinering	Läkare inom reumatologi, allergi och immunologi	
<b>Seattle Arthritis Clinic</b>	Ben- och ledsjukdomar	Artros, benskörhet, Lupus, Fibromyalgi	-	Lab Röntgen MRI Bendensitetsmätning Infusion Interventionell radiologi	Läkare inom invärtesmedicin och reumatologi	Dietist Psykoterapeut Rehabiliteringsrådgivare
<b>Bone and Joint center of Seattle</b>	Ben- och ledsjukdomar	Ortopediska problem, höft- och knäledsartros	-	Ledplastik Artroskopi Joint Replacement	Ortopedkirurger	-
<b>Johns Hopkins Arthritis Clinic</b>	Inflammatorisk Artrit	Artros  Reumatoid artrit	-	-	Reumatologer	Psykolog Sjukgymnast Arbetsterapeut  Ortopeder
<b>Arthritis and Rheumatology Clinics</b>	Reumatologi	Artros Rematoid artrit	Tidigt	Lab Röntgen	Läkare inom invärtesmedicin,	-

<b>of Kansas</b>		Gikt Lupus Fibromyalgi Allergi		Infusion (dropp)	reumatologi samt astma, allergi och immunologi	
<b>Rheumatology Associates</b>	Reumatologi	Artros Rematoid artrit Gikt Lupus Fibromyalgi		Lab Röntgen Bendensitetsmätare Infusion	Reumatologer	-
<b>Rheumatology Therapeutics Medical Center</b>	Artros	Artros Rematoid artrit Gikt Lupus Fibromyalgi Benskörhet		Lab Röntgen MRI Bendensitetsmätare Infusion	Läkare inom invärtesmedicin och reumatologi	Sjukgymnastik
<b>Denver Arthritis Clinic</b>	Ben- led- och muskelbesvär	Artros Rematoid artrit Gikt Lupus Fibromyalgi	Tidigt	Lab Infusion Radiologi Bendensitetsmätare	Reumatologer	