

Sponsring med eftertanke?

En kartläggning av omfattning och konsekvenser i hälso- och sjukvården



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.varदानalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Scandinav Images AB

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-87213-89-2



Sponsring med eftertanke?

En kartläggning av omfattning och konsekvenser i hälso- och sjukvården

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Projektdirektören Marianne Svensson har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2018-08-30

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Karin Nylén
Vikarierande generaldirektör

Marianne Svensson
Föredragande

Förord

Det finns en återkommande diskussion om sponsring av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Mycket av diskussionerna har kommit att handla om de potentiella riskerna med sponsring, inte minst risken för att jävlikande beroendeförhållanden mellan sponsorn och vårdgivaren kan påverka allmänhetens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag av regeringen att kartlägga i vilken utsträckning och i vilka former sponsring av vård förekommer, samt eventuella konsekvenser sponsring av vård får för hälso- och sjukvården.

Arbetet har letts av Marianne Svensson. I projektgruppen har också Kerstin Gunnarsson, Maria Paulsson och Nadja Zandpour ingått. Arbetet har gjorts tillsammans med Ernst & Young. Vi vill rikta ett varmt tack till alla de verksamhetschefer på sjukhuskliniker och vårdcentraler, branschföreträdare samt patient- och brukarföreträdare som bidragit till vårt arbete.

Vi vill också tacka de personer som har lämnat värdefulla synpunkter på våra texter och analyser: Lars Sandman från Prioriteringscentrum, Karolina Antonov från LIF samt Gunilla Thörnwall Bergendahl från SKL.

Stockholm i oktober 2018

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör



Resultat i korthet

Det saknas kunskap om i vilken utsträckning och i vilka former sponsring i hälso- och sjukvården förekommer. Vårdanalys har därför fått i uppdrag av regeringen att kartlägga sponsringen och dess konsekvenser.

Vi kommer fram till följande slutsatser:

- ▶ Det är svårt att kartlägga vårdsporsringens omfattning och konsekvenser eftersom det bland annat saknas samlade och strukturerade uppgifter.
- ▶ Vårdsporsringens omfattning uppfattas av verksamheterna som marginell.
- ▶ Sponsringen som den ser ut i dag förväntas inte öka, men kan ta andra former.
- ▶ Sponsringen kan innebära både möjligheter och potentiella risker.
- ▶ En rättslig bedömning av vårdsporsringen måste göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.

Vi identifierar två utvecklingsområden:

- ▶ Det behövs en ökad medvetenhet hos samtliga parter om behovet, fördelarna och riskerna med sponsring. Okunskap och otydlighet om vad som är tillåtet ökar inte bara risken att göra fel, utan riskerar också hämma kunskapsutbytet och innovationskraften i vården.
- ▶ Det är viktigt med ökad transparens om förekomsten av sponsring för att inte äventyra patienters och allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården och vårdpersonalen. Den lokala överblicken behöver också stärkas för att kunna följa sponsringens utveckling och dess effekter.

Sammanfattning

En diskussion om sponsring av offentligt finansierad verksamhet, däribland hälso- och sjukvården, har pågått i omgångar under de senaste decennierna. År 2015 uppmärksammades specifikt vårdsporsringen av Statens medicinska råd (SMER), vilket senare föranledde rådet att till regeringen lyfta behovet av en systematisk kartläggning av vårdsporsringsavtal i hälso- och sjukvården samt en analys av vårdsporsringen i relation till gällande rätt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har haft i uppdrag av regeringen att kartlägga dels i vilken utsträckning och i vilka former som vårdsporsring av offentligt finansierad hälso- och sjukvård förekommer, dels eventuella konsekvenser av sporsringen för vårdverksamheten (Socialdepartementet 2017). I regeringsuppdraget ingår också att analysera förekomsten av vårdsporsringen i relation till för området relevanta lagar och regler.

Vårdsporsring innebär i den här rapporten att en extern aktör (sporsorn) tillför resurser (personella, ekonomiska, infrastruktur etcetera) till offentligt finansierad hälso- och sjukvård (den sporsrade parten) inom ramen för en överenskommelse som inte innebär köp av produkt, tjänst eller annan resurs. Sporsringen innebär någon form av motprestation eller resursinsats (från den sporsrade parten). Vår analys inkluderar offentligt finansierad hälso- och sjukvård på sjukhus och vårdcentraler i privat eller offentlig drift.



SLUTSATSER

► *Det finns svårigheter att kartlägga vårdsporsringens omfattning och konsekvenser*

Det finns svårigheter att följa upp hur vanligt det är med olika typer av sponsring i vården. Orsakerna till det är flera. Till exempel saknas standarder för hur olika typer av sponsring definieras och rapporteras inom landstingen. Flera landsting har ingen central funktion som har överblick eller samlad dokumentation av den vårdsporsring som äger rum. Besluten om sponsring tas i stället på olika nivåer i landstingens organisation, vilket ytterligare försvårar uppföljningen. Frånvaron av strukturerad information om sporsringens innehåll och omfattning innebär också betydande begränsningar i möjligheten att beskriva de faktiska konsekvenserna av olika former av sponsring.

Den här avsaknaden av kvantitativt underlag innebär att vår kartläggning baseras på en intervjustudie med främst verksamhetschefer i ett urval landsting. Sammanlagt genomfördes 50-tal intervjuer med verksamhetschefer på sjukhuskliniker eller vårdcentraler och tjänstemän fördelade på sex landsting under våren 2018. De resultat som presenteras i den här rapporten utgår därför från verksamhetschefernas perspektiv och deras bild av vad de betraktar som vårdsporsring. Vi har även haft en dialog med patient- och brukarföreträdare.

► *Vårdsporsringens omfattning uppfattas som marginell*

Sponsringens omfattning i vården, det vill säga det utbyte som sker i vården genom sponsring, upplevs av verksamhetscheferna som marginell. Bilden från samtliga intervjuade är att den faktiska vårdsporsringen minskat avsevärt både i frekvens och i omfattning sedan början av 2000-talet. Mest vanligt förekommande är finansiering av utbildningar och lunchföredrag. Däremot varierar omfattningen mellan olika verksamheter.

Samtidigt är det vanligt att både verksamhetschefer på sjukhuskliniker och vårdcentraler tackar nej till erbjudanden om sponsring. Erbjudandena är alltså fler till antalet än vad som faktiskt tas emot i vården. Men upplevelsen hos de intervjuade cheferna är att företagen uppvisar försiktighet i sättet att närma sig vården på sjukhusen. Den bilden är inte lika tydlig i intervjuerna med verksamhetscheferna på vårdcentralerna, som upplever att förfrågningarna har blivit vanligare. Patient- och brukarföreträdare upplever precis som verksamhetscheferna på vårdcentralerna att företagsförfrågningarna har blivit mer frekventa.

- ▶ *Sponsringen kan innebära både möjligheter och potentiella risker*
Vår kartläggning ger en bild av att sponsringen kan innehålla både möjligheter och potentiella risker för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Bland annat upplever verksamhetscheferna företagens medverkan som viktig för att vårdpersonalen ska hålla sig uppdaterad om utvecklingen inom respektive specialitet. Sponsringen uppfattas också ge en möjlighet att utreda om nya tekniker är ändamålsenliga för verksamheten i praktiken. En annan potentiellt positiv konsekvens är att vårdsporsring kan skapa förutsättningar för behandling av en viss patientgrupp, till exempel genom kvalitetshöjande insatser i anslutning till behandling eller att tillföra resurser i form av diagnostik eller vårdplatser.

Samtidigt kan sponsringen ha en negativ inverkan på prioriteringarna i vården. Vissa patientgrupper kan vara mer attraktiva att sponsra än andra, och på så sätt kan vissa patientgrupper gynnas särskilt. Sponsring skulle också kunna bidra till en geografiskt ojämlig vård, eftersom erbjudanden om att finansiera exempelvis utrustning eller vårdplatser inte riktas till alla landsting. Vi vet också från tidigare jämlikhetsanalyser av förskrivning av läkemedel att introduktionen av behandling i vården är ojämlig, även efter kontroll av behov. Sponsringens eventuella möjliga bidrag till dessa omotiverade skillnader måste ställas i relation till andra drivkrafter och sponsringens marginella omfattning.

En annan potentiell risk är att samröre med företag, särskilda produkter eller tjänster kan bidra till en omedveten påverkan. Det kan leda till att kravet på god vård och principerna om objektivitet, saklighet, likabehandling och likställdhet vid inköp åsidosätts – både i det kortare och längre perspektivet.

En allvarlig potentiell risk av vårdsporsring är att den kan påverka patienters och allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Forskning visar bland annat att värderingar som opartiskhet, saklighet, öppenhet och transparens är viktiga för förtroendet. Brister kopplade till dessa principer kan ytterst påverka förtroendet för den offentliga förvaltningen.

- ▶ *Sponsringen förväntas inte öka i sin nuvarande form men kan ta andra former*

Det finns inget i den här kartläggningen som direkt tyder på att vårdsporsringen kommer att öka i sin nuvarande form. Upplevelsen från intervjuerna med verksamhetscheferna är snarare att sponsringen



kommer att fortsätta minska. Samtidigt framkommer i dialogen med branschorganisationerna och representanter för patienter och brukare att sponsringen sannolikt kommer att ta andra former framöver – främst till följd av hälso- och sjukvårdens utveckling.

En rimlig bedömning är att innehållet i sponsringen kommer att förändras i takt med hälso- och sjukvårdens och regelverkens utveckling. Det går därför bara att spekulera i vad sponsringens framtida innehåll kommer att bestå av. Sannolikt kommer sponsringen att följa de utvecklingstrender som kan ge vården andra förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Det handlar om en anpassning till kunskaps- och teknikutvecklingen som kan leda till nya sätt att bedriva vård och omsorg – inte bara i vården utan också i patienternas hem. Utvecklingen mot ökad personcentrering för att stärka kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården kan sannolikt också påverka inriktningen.

► *En rättslig bedömning av sponsringen måste göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet*

Det finns ingen enskild författning som specifikt tar sikte på vård-sponsring, och det juridiska landskapet är omfattande. Vår kartläggning visar att ett antal författningar på olika rättsområden gemensamt sätter upp ramar för vilken vård-sponsring som är möjlig.

Förekomsten av sponsring kan se olika ut på olika håll, och olika huvudmän och vårdgivare har olika konsekvenser och risker att förhålla sig till. Vilka författningar som aktualiseras kopplad till en sponsringssituation måste därför bedömas i varje enskilt fall. Att författningarna är många ska inte ses som att sponsringen inte får förekomma, i stället krävs en aktiv rättstillämpning där det avgörs vad som kan tas emot och inte.

REFLEKTION

Utbytet av kunskap och kompetens mellan vården och de sponsrande företagen uppfattas av de vi har intervjuat i vår kartläggning som en av vård-sponsringens positiva egenskaper. Samtidigt finns det verksamhetschefer som tackar nej till dessa sponsringserbjudanden för att de ser en risk att deras relationer med företag kan äventyra kraven på opartiskhet och saklighet. Även företrädare för patienter och brukare beskriver att de har en allt mer restriktiv hållning till olika typer av sponsring.

Mot bakgrund av de utmaningar som vården och omsorgen står inför – inte minst till följd av den demografiska utvecklingen – ställs krav på nytänkande och innovationer inom hälso- och sjukvården. SKL betonar att vägen dit bygger på samverkan med ”omvärlden” (SKL 2018a). Förutom att patienter och medborgare är en viktig resurs i ett sådant utvecklingsarbete, beskrivs också universitet, ideella organisationer och näringslivet som katalysatorer för vårdens verksamhetsutveckling. Tillväxtverket har också efterfrågat möjligheter till mer strategiska samarbeten för att göra den offentliga sektorn mer innovativ, samtidigt som den offentliga sektorn kan användas för näringslivsutveckling (Tillväxtverket 2016). Vi gör därför bedömningen att det är angeläget att ta tillvara sponsringens positiva egenskaper när det gäller kunskapsutbyte.

Utvecklad lokal kompass krävs i en alltmer komplex verklighet

Vår kartläggning visar att vårdsporsringen troligtvis kommer att ta andra vägar framöver i takt med den allmänna utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Eftersom sponsringen kan ta många former och olika detaljer ofta skiljer olika sponsringssituationer från varandra, är det de specifika omständigheterna i varje enskilt fall som avgör vilka lagar som är relevanta att beakta i bedömningen av erbjudandet. Detta ställer i sin tur höga krav på att styr- och stöddokument utvecklas för att kunna hantera de olika typer av sponsringssituationer som uppstår. Samtliga parter måste också vara medvetna om behovet, fördelarna och riskerna med sponsring. Otydlighet och okunskap om vad som är tillåtet kan riskera att hämma innovationskraften och ytterst riskera att regelbrott begås.

På grund av sponsringens komplexitet och marginella omfattning är det angeläget att landstingen tar vara på de initiativ som tagits för att kunna dra lärdomar av dessa i sitt fortsatta arbete med överenskommelser om vårdsporsring. Med bättre kännedom om vilka stöd som finns i form av överenskommelser och policyer kan behovet av fortsatt kunskapsutbyte mellan olika aktörer tas tillvara på ett mer ändamålsenligt sätt. Men vissa former av sponsring kommer att vara mindre lämpade för övergripande stöddokument, utan måste bedömas från fall till fall. För dessa kan adekvat stöd av personer med olika kompetenser behöva finnas, för att kunna bedöma möjligheter och förutsättningar i det enskilda fallet. I en sådan bedömning är det angeläget att särskilt inkludera vårdsporsringens eventuella påverkan på längre sikt på exempelvis upphandling av leverantörer av varor eller tjänster.



Ökad transparens förebygger risker och tar vara på möjligheterna med vårdsporsring

Vår kartläggning visar att öppenhet och transparens om förekomsten av vårdsporsringen är angelägen, för att inte äventyra allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården och vårdpersonalen. Vi gör därför bedömningen att det behövs en bättre lokal överblick över omfattningen av vårdsporsring. Ökad kännedom om omfattningen och vilka former vårdsporsring tar kan skapa en trygghet i organisationen. Det ger landstingen möjlighet att utveckla och revidera policyer och regelverk samt följa utvecklingen, vilka eventuella nya former som sporsringen tar och om sporsringen får några effekter på prioriteringar och verksamhetsutveckling.



Innehåll

1	Inledning.....	19
1.1	Vårdsponsring saknar vedertagen definition	20
1.2	Kartläggningen bygger på kvalitativa underlag.....	21
1.3	Rapportens disposition	24
2	Sponsring regleras i överenskommelse mellan SKL och företagen ...	27
2.1	2000-talets början var ett trendbrott	27
3	Sponsring förekommer men omfattningen upplevs som marginell... 	35
3.1	Fyra former av vårdsponsring.....	35
3.2	Omfattningen av vårdsponsringen är enligt verksamhetscheferna marginell.....	36
3.3	Vårdsponsringens innehåll och omfattning	37
3.4	Omfattningen av sponsring i LIF:s databaser.....	43
3.5	Vårdsponsringens utveckling i framtiden	43
4	Flera lagar och regler angränsar till området.....	47
4.1	Hälso- och sjukvårdslagstiftningen sätter ramar för hur vården ska bedrivas	47
4.2	Förvaltnings- och kommunalrättsliga regler berör aktörerna på olika sätt.....	52
4.3	Upphandlingsregelverket kan i vissa fall aktualiseras	55
4.4	Sponsorer måste följa reglerna om marknadsföring	58
4.5	Vissa sponsorer kan behöva beakta sponsring ur ett skatterättsligt perspektiv	58



4.6	Ansvaret finns på olika nivåer.....	58
4.7	Felaktig hantering av sponsring kan leda till rättsliga konsekvenser av olika slag.....	59
4.8	Det finns också olika standarder, branschpraxis med mera	60
5	Potentiella konsekvenser av vård sponsring	65
5.1	Potentiella positiva konsekvenser	66
5.2	Potentiella risker med vård sponsring	68
6	Slutsatser	77
6.1	Det finns svårigheter att kartlägga vård sponsringens omfattning och konsekvenser.....	77
6.2	Inget tecken på att sponsringen blivit vanligare – snarare tvärtom	78
6.3	Sponsringen förväntas inte öka i sin nuvarande form men kan ta andra former	78
6.4	En rättslig bedömning av sponsringen måste göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.....	79
6.5	Avslutande reflektion.....	80
	Referenser	85
	Bilagor	89
	Bilaga 1 – Metod	89
	Bilaga 2 – Praktikfall.....	95
	Bilaga 3 – LIF:s samarbetsdatabaser.....	98



Inledning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga förekomsten av vårdsporsring och vårdsporsringsavtal inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård (Socialdepartementet 2017). Enligt uppdragsbeskrivningen ska en kartläggning genomföras som ska visa i vilken utsträckning och i vilka former sporsring av vård förekommer, samt eventuella konsekvenser sporsring av vård får för vårdverksamheten. Mot bakgrund av Vårdanalys instruktion belyser vi eventuella konsekvenser även utifrån patienternas perspektiv (förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys). I regeringsuppdraget ingår också att analysera förekomsten av vårdsporsring i relation till för området relevanta lagar och regler.

En mer generell diskussion om sporsring av offentligt finansierad verksamhet, däribland hälso- och sjukvården, har pågått i omgångar de senaste decennierna. Enskilda exempel har lyfts fram i media, och bland annat har Statskontoret och Ekonomistyrningsverket (ESV) belyst frågor om sporsring på det statliga myndighetsområdet (ESV 2002, Statskontoret 2003). Mycket av diskussionerna har kommit att handla om de potentiella riskerna med sporsring av myndigheter, inte minst risken för att jävlikande beroendeförhållanden mellan sponsorn och myndigheten kan påverka allmänhetens förtroende för myndighetens verksamhet och att sponsorn kan försöka påverka eller styra inriktningen på myndighetens prioriteringar. Det har också konstaterats att området är snårigt, eftersom begreppet sporsring saknar en tydlig och enhetlig definition och att det inte finns någon särskild lagstiftning som tydliggör vad som gäller för olika myndigheter, exempelvis landstingen.



Under 2015 uppmärksammades specifikt vårdsporsring av Statens medicinsko-etiska råd (SMER), varpå Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet fick i uppdrag att göra en studie på området. Den analys som Prioriteringscentrum gör i sin rapport *Är vårdsporsring förenligt med den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvård?* (Sandman 2016) liknar i många delar den diskussionen som pågått om sporsring av myndigheters verksamhet. Prioriteringscentrum menar att sporsring av hälso- och sjukvård uppfattas som ett främmande inslag i den offentligt finansierade vården, vilket skulle kunna ligga i konflikt med de etiska principer som finns för fördelning av resurser. I rapporten konstaterar man att vårdsporsring har liten praktisk betydelse, men att fenomenet ändå är principiellt intressant att analysera ur ett etiskt perspektiv för att ha beredskap för en eventuell framtida ökning. Det kan bland annat finnas risk för att vårdsporsringen driver på en utveckling mot efterfrågestyrning av vård och att makten över vårdens prioriteringar förskjuts, vilket kan påverka förtroendet för vårdgivaren och i förlängningen få konsekvenser för patienterna.

Med anledning av Prioriteringscentrums rapport överlämnade SMER en skrivelse till regeringen (SMER 2016) som pekar på behovet av en systematisk kartläggning av vårdsporsringsavtal inom hälso- och sjukvården samt en analys av vårdsporsring i relation till gällande rätt.

1.1 VÅRDSPORSRING SAKNAR VEDERTAGEN DEFINITION

Det finns inte någon definition av begreppet vårdsporsring, varken i lagstiftningen eller i praxis. Det finns därför inte någon vedertagen uppfattning om hur begreppet ska tolkas och användas.

Innebörden av det mer generella begreppet sporsring där man avser myndigheters verksamheter i stort har utvecklats och förändrats över tid. För att hantera begreppet har olika aktörer i olika sammanhang valt olika definitioner.

ESV valde i sin vägledning om sporsring för statliga myndigheter att definiera sporsring som ”en överenskommelse varigenom en sponsor tillhandahåller den sponsrade parten kontanta medel, varor eller tjänster i utbyte mot exponering av ett företagsnamn eller varumärke och eventuellt andra förmåner. Sporsring är ett affärsmässigt samarbete till ömsesidig nytta för parterna” (ESV 2002 s. 7).

I Statskontorets rapport *Klara villkor för sporsring av statlig verksamhet* används följande definition: ”Sporsring innebär ett avtal till ömsesidig nytta mellan två eller flera parter, där den ena parten (sponsorn) förbinder sig att

lämna ersättning i form av kontanta medel, varor och/eller tjänster och den andra parten (den sponsrade) som motprestation tillhandahåller till exempel exponering av varumärke eller andra varor och/eller tjänster till nytta för sponsorn i dennes verksamhet” (Statskontoret 2003 s.15). I sin rapport tar Prioriteringscentrum sin utgångspunkt i Statskontorets definition av sponsring även om de också väljer att inkludera vad de menar vara en viss typ av donationer som är förenade med krav på en motprestation i form av ökad resurstillförsel, till exempel driftsansvar för utrustning eller liknande.

Enligt regeringsuppdraget ska vi följa upp den ”vårdsponsring” som sker inom hälso- och sjukvården. Vi har valt att tolka detta som att aktiviteten som sponsringen omfattar ska beröra åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)). Vår analys inkluderar offentligt finansierad vårdverksamhet på sjukhus och vårdcentraler i privat eller offentlig drift.

Av uppdraget framgår att vi inte ska inkludera finansiering av klinisk forskningsverksamhet. Till detta har vi räknat kliniska prövningar och också andra former av forskningsprojekt. Vi har även valt att inte inkludera förekomsten av bisysslor i uppdraget. Inte heller kontakter (utbyte) under pågående upphandling inkluderas, eftersom sponsring inte innebär köp av till exempel en vara.

Vi har tagit intryck av tidigare definitioner av det mer generella begreppet sponsring inom offentligt finansierad verksamhet. Vårdsponsring innebär i den här rapporten att en extern aktör, som företag, ideella föreningar, intressegrupper, stiftelser och privatpersoner (sponsorn), tillför resurser (till exempel personal, ekonomiskt bidrag, infrastruktur) till offentligt finansierad hälso- och sjukvård (den sponsrade parten) inom ramen för en muntlig eller skriftlig överenskommelse som inte innebär köp av produkt, tjänst eller någon annan resurs. Sponsringen innebär någon form av motprestation eller resursinsats (från den sponsrade parten).

1.2 KARTLÄGGNINGEN BYGGER PÅ KVALITATIVA UNDERLAG

Det saknas förutsättningar för att utifrån statistik eller registerdata följa upp hur vanligt det är med olika typer av sponsring i vården. Orsakerna till det är flera. Till exempel saknas standarder för hur olika typer av sponsring definieras och rapporteras inom landstingen. Bristen på strukturerad information om sponsringens innehåll och omfattning innebär också betydande begränsningar i att beskriva de faktiska konsekvenserna av olika former av sponsring.



Figur 1. Översikt av vårt tillvägagångssätt vid kartläggningen.

	Tillvägagångssätt	Resultat
Inventering av förekomst	<ul style="list-style-type: none"> • Inventering av landstingens styrdokument • Inventering av förekomst av vårdsporsring i ett urval av landsting • Intervjuer med verksamhetschefer 	<ul style="list-style-type: none"> • Kategorier av vårdsporsring utifrån verksamhetens perspektiv • Kvalitativ uppskattning av förekomst
Inventering av konsekvenser	<ul style="list-style-type: none"> • Urval av praktikfall inom varje kategori av vårdsporsring • Dialog med Vårdanalys patient- och brukarråd • Intervjuer med representanter från branschorganisationer 	<ul style="list-style-type: none"> • Övergripande konsekvenser för olika typer av sporsring utifrån vårdens, sponsorns och patientens perspektiv
Relevanta lagar och regler	<ul style="list-style-type: none"> • Genomlysning av relevanta lagar och regler 	<ul style="list-style-type: none"> • Sammanställning

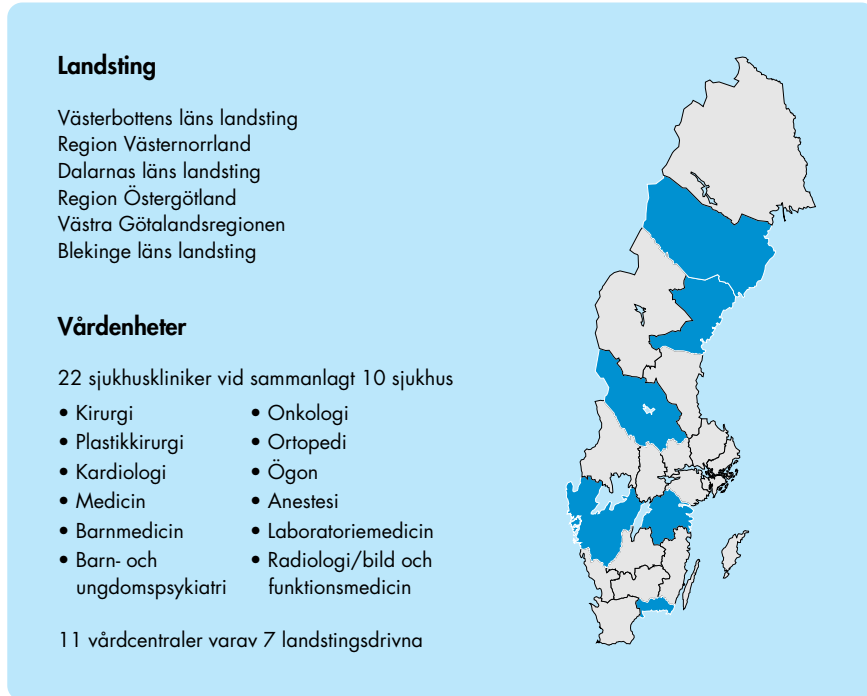
Vår kartläggning bygger därför på intervjuer med främst verksamhetschefer i ett urval landsting. Vårt arbetssätt har varit induktivt, där metod och urval har valts efter hand utifrån den information och kunskap vi fått i varje steg. De resultat som presenteras i den här rapporten utgår därför från verksamhetschefernas perspektiv.

Initialt inventerades landstingens styrdokument för sporsring och därefter genomfördes en undersökning av förekomsten av vårdsporsring i ett urval av landsting, se figur 2. De första intervjuerna, 16 stycken i 6 landsting, tydliggjorde att det inte finns någon central funktion som har överblick eller samlad dokumentation av de företags- och samarbetskontakter som äger rum i de kartlagda landstingen. Kunskapen om sporsring finns hos verksamhetscheferna och den fortsatta undersökningen riktade sig därför mot ett urval av sådana. Vi eftersträvade att nå en bredd av sjukhuskliniker för att bättre fånga olika former av vårdsporsring (figur 2). Verksamhetschefer vid 22 kliniker och 11 vårdcentraler intervjuades brett om sina företagskontakter. Utifrån de exempel av vårdsporsring som framkom i dessa intervjuer identifierades fyra kategorier av sporsring.

För att inventera konsekvenser av sporsring för varje kategori har praktikfall identifierats inom varje kategori. Kategorier och praktikfall beskrivs närmare i kapitel 3 och i bilaga 1 och 2. Den bild som verksamhetscheferna ger har kompletterats med intervjuer med företrädare

för Läkemedelsindustriföreningen (LIF), Swedish Medtech och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt en diskussion med medlemmar från Vårdanalys patient- och brukarråd. En mer detaljerad metodbeskrivning finns i bilaga 1.

Figur 2. Kartläggningen har gjorts i ett urval av landsting och vårdenheter.



1.2.1 Styrkor och svagheter med vårt tillvägagångssätt

Vi har genomfört intervjuer med verksamheterna i flera steg. Fördelarna med tillvägagångssättet var att vi snabbt kunde lokalisera var i landstingens organisation det finns mest kunskap om sponsring och fokusera resten av studien dit. Intervjuer ger möjlighet att undersöka ett område förutsättningslöst och få en bild av hur sponsring fungerar i praktiken ute i verksamheten. Det går också att följa utvecklingen över tid. I intervjuerna kunde intervjupersonernas kontakter med företagen inventeras brett utan behov av en förutbestämd definition på vad sponsring är. Vårt angreppssätt har varit att inventera vad verksamhetens företrädare uppfattar som sponsring och be dem beskriva den för oss.



Nackdelen med den kvalitativa metoden är att vi inte har kunnat få en heltäckande kvantitativ bild av hur omfattande sponsring i vården är i dag. Inte heller kan man generalisera hur situationen ser ut i andra verksamheter. Men de intervjuer vi gjort visar att samma mönster kan förväntas inom andra verksamheter och i andra landsting.

1.3 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 beskriver vi kort den överenskommelse som finns mellan SKL och företagen om vårdsporsring och hur den har vuxit fram. Därefter presenterar vi de olika typer av vårdsporsring som vi har identifierat och hur vanliga de upplevs vara i offentligt finansierad hälso- och sjukvård (kapitel 3). I kapitel 4 beskriver vi de lagar och regler som angränsar till området vårdsporsring, för att därefter i kapitel 5 beskriva potentiella konsekvenser av vårdsporsring ur vårdens och patienternas perspektiv. Rapportens avslutande kapitel 6 beskriver våra slutsatser och våra reflektioner om det fortsatta arbetet med vårdsporsring.



Sponsring regleras i överenskommelse mellan SKL och företagen

Under de senaste 15 åren har samverkan mellan SKL, LIF och Swedish Medtech utvecklats och manifesterats i ett antal överenskommelser. Sedan 2014 finns även Swedish Labtech med i överenskommelsen. Många intervjupersoner anger början av 2000-talet som en tid då normerna för umgänget med företagen förändrades. Samtliga intervjuade som har erfarenhet av arbete i vården under en längre period beskriver en märkbar minskning av den faktiska sponsringen i vården under de senaste 10–15 åren.

2.1 2000-TALET S BÖRJAN VAR ETT TRENDBROTT

Sedan 1970-talet har det funnits avtal mellan Landstingsförbundet och läkemedelsföretagen om hur interaktionen mellan landstingen och läkemedelsföretagen ska gå till (Andersson 2015). Sedan några år in på 2000-talet har det även funnits överenskommelser mellan SKL, den medicintekniska industrin och den laboratorietekniska industrin.

Under tidigt 2000-tal riktades fokus i den offentliga debatten på relationen mellan läkemedelsföretagen och enskilda läkare. Hösten 2003 publicerades ett antal kritiska artiklar i Svenska Dagbladet som vände sig mot läkemedelsföretagens samverkan med läkare. Det publicerades också artiklar om misstänkta fall av mutbrott. Riksenheten mot korruption inrättades ungefär vid samma tidpunkt och den intresserade sig för att granska relationen mellan läkare och industri ur ett juridiskt perspektiv (Andersson 2015).



Också i landstingen skedde förändringar, och önskemål om mer kontroll framfördes, särskilt när det gällde läkarnas utbildning. Tidigare hade läkemedelsföretagen betalat kostnader för konferenser medan landstingen stod för arbetstiden.

Vid samma tidpunkt granskade Riksdagens revisorer på eget initiativ förekomsten och formerna för sponsring av statliga myndigheter. Syftet med granskningen var att identifiera förekomsten av sponsring samt studera hur myndigheterna hanterade samarbetet med sponsorer och vilka effekter sponsringen hade för myndigheternas verksamhet (Sponsring av statliga myndigheter (2000/01:13)). Utifrån det underlaget fattade riksdagen ett beslut om en skrivelse till regeringen, där regeringen uppmanades att ta ställning till vilka verksamheter som får finansieras med sponsring, att regeringen borde ta initiativ till att se hur lagen om offentlig upphandling bör tillämpas i fråga om sponsring av varor och tjänster och att det krävdes en definition av begreppet sponsring inom statsförvaltningen (2001/02:KU19).

Med anledning av detta fick bland annat Ekonomistyrningsverket (ESV) och Statskontoret i uppdrag att utreda vissa frågor om sponsring. ESV kom 2002 ut med en vägledning om sponsring som finansieringskälla för statliga myndigheter (ESV 2002). I Statskontorets rapport *Klara villkor för sponsring av statlig verksamhet* kom man fram till att det behövs generella regler för sponsring av myndigheter och offentliga verksamheter (Statskontoret 2003). Statskontoret föreslog därför att lokala sponsringpolicyer borde utvecklas för sponsringssamarbete, där rutiner för sponsring tydligt framgår.

Det kan alltså konstateras att det vid inledningen av det nya millenniet pågick diskussioner i både den statliga och den landstingskommunala sektorn om vilka former av sponsring som är rimliga, samt att och hur samverkan med industrin ska regleras.

2.1.1 Överenskommelse med industrin utvecklas och blir mer styrande

Det har funnits överenskommelser om samverkansformer mellan LIF och Landstingsförbundet sedan 1970-talet. Mot bakgrund av det som beskrivits ovan genomgick den en omfattande revidering. Överenskommelsen började gälla i januari 2005, och innehöll regler för läkemedelsföretag som anlitar hälso- och sjukvårdens medarbetare som konsulter, lämnar information och tillhandahåller utbildning och vetenskapliga sammankomster samt sponsrar aktiviteter och sammankomster arrangerade av hälso- och sjukvården eller tredje part.

Till exempel gällde de nya reglerna att företagens uppsökande verksamhet för produktinformation och lämnande av information bara fick ske efter överenskommelse med en sjukvårdshuvudman eller utsedd kontaktperson. Inga andra besök eller kontakter fick förekomma. Produktinformation som huvudregel skulle lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal i grupp. Detta ansågs vara en tämligen hård regel som också kritiserades av verksamhetschefer i landstingen, eftersom det befarades att läkarna inte skulle få del av viktig fortbildning. Även den så kallade "50-procentsregeln" infördes, som innebar att ett läkemedelsföretag, förutom konferensavgiften, kunde betala maximalt 50 procent av kostnaderna för resa, kost och logi i samband med utbildning såsom internationella kongresser.

En ny överenskommelse togs fram som började gälla den 1 april 2007. Enligt den tilläts läkemedelsföretagen att skicka en kopia av inbjudningar till bland annat lunchseminarier direkt till läkare. Men beslut om deltagande skulle även fortsättningsvis tas av huvudmannens kontaktperson. Parallellt med att arbetet inleddes med att ta fram överenskommelsen började läkemedelsföretagen inrätta egna interna etikfunktioner som skulle se till att företagen följde reglerna.

I oktober 2005 ingicks även en överenskommelse mellan Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet respektive Sjukvårdens Leverantörsförening och Svensk Instrument- & Diagnostikaförening om samverkansformer mellan medicintekniska företag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården. Målet med överenskommelsen var att skapa ett konsekvent och tillämpligt förhållningssätt för relationerna mellan hälso- och sjukvården och företagen, så att samarbetet inte uppfattades som skadligt för förtroendet eller kunde ifrågasättas från en juridisk eller etisk utgångspunkt.

Riktlinjerna beskrev hur samarbete, relationer och ersättningar mellan hälso- och sjukvårdens medarbetare och de medicintekniska företagen skulle ske, bland annat i samband med upphandling och i samband med informations- och utbildningsinsatser. I överenskommelsen framgick att all samverkan skulle ske i måttliga former och att fritidsaktiviteter inte var tillåtet. Företagen kunde delvis betala för resor, kost och logi samt konferensavgifter i samband med en sammankomst, men aldrig en större del av kostnaderna än hela konferensavgiften samt 50 procent av kostnaderna för resa, kost och logi.



2.1.2 En och samma överenskommelse för branscherna

Den 1 januari 2014 sammanfördes de olika branschregler som fanns med LIF, Swedish Medtech och Swedish Labtech i samma regelverk, *Samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin* (SKL 2014). I dokumentet använder man genomgående begreppet samverkan, men definierar varken detta begrepp eller sponsring. Överenskommelsen 2014 ersatte alla tidigare överenskommelser. Överenskommelsen, det etiska regelverket i sin helhet tillsammans med frågor och svar, vägledning för sponsring och länkar till närliggande områden finns tillgängliga på SKL:s webbplats och även på branschföreningarnas webbplatser.

Utgångspunkten i överenskommelsen är att all samverkan mellan vårdgivare och företag ska vara dokumenterad, öppen för granskning, rimlig och ska tillföra alla samverkande parter nytta. Den tidigare införda 50-procentsregeln togs bort, och det är inte längre tillåtet för företagen att stå för några kostnader för resor och logi i samband med utbildning och konferenser. Det finns utsedda kontaktpersoner för samverkansreglerna i de flesta landsting, som ska se till så att landstingen tar hand om olika frågor som hör till samverkansreglerna (www.skl.se). Kontaktpersonerna förmedlar frågor om samverkansreglerna vidare inom landstinget, men tar inte ställning till specifika projekt.

I överenskommelsen anges också att den ska ses över varje år.

2.1.3 Allt fler landsting har utvecklat lokala policyer eller riktlinjer under de senaste åren

Vi har gjort en översiktlig inventering för att undersöka förekomsten av lokala policyer och riktlinjer om sponsring och samverkan med privata aktörer hos samtliga landsting. Samtliga 21 landsting tillfrågades om de har en policy för sponsring och ombads att skicka relevanta dokument. Någon form av antagen policy eller riktlinjer som reglerar umgänget med privata aktörer finns hos 16 landsting. Av dessa 16 hänvisar 3 till överenskommelsen om samverkansregler, medan de övriga har tagit fram egna dokument på området. Flera av de lokala policydokumenten är framtagna i anslutning till att den nationella överenskommelsen antogs 2014 och har ett innehåll som stämmer överens med innehållet i den. 4 av landstingen uppger att de inte har någon policy eller några riktlinjer på området. Ett landsting svarade inte. Vid intervjuer med verksamhetschefer i de 6 kartlagda landstingen framgår att de flesta känner till SKL:s överenskommelse eller att det finns en

sådan, men få känner till att det egna landstinget har lokala anvisningar och policyer på området.

Sponsring definieras i de flesta av policydokumenten. Statskontorets definition används av knappt hälften av landstingen och några har tagit fram egna definitioner (se kapitel 1 för mer information om Statskontorets definition).

I de flesta fall saknas skrivningar om hur policyn ska hanteras och hur dess innehåll ska kommuniceras, men några landsting anger att aktiviteterna ska följas upp. Ett landsting säger att uppföljning ska göras varje mandatperiod, ett annat skriver att det är varje enskild medarbetares skyldighet att hålla sig informerad.

Ansvar för beslut om sponsring ligger ofta hos verksamhetschefen som ansvarar för att informera andra relevanta instanser om sponsringen. Men ansvaret kan också ligga hos verksamhetsdirektör, jurist, kommunikationsdirektör, upphandlare, eller hos regionstyrelsen/ledningsgruppen. Ett landsting anger att de har som huvudregel att inte låta sig sponsras över huvud taget.

Många av de lokala riktlinjerna visar på en medvetenhet om riskerna med vård sponsring och ger förslag på hur man ska förhålla sig till dem. Några exempel på det är att sponsring alltid ska präglas av öppenhet och tåla granskning, att sponsring inte ska accepteras i nära anslutning till en upphandling där sponsorn är tänkbar leverantör och att sponsring inte får skada trovärdigheten hos patienter, profession eller allmänhet. I några fall tar policydokumenten upp hur en lämplig motprestation får se ut: ”sponsring får endast handla om villkorlösa gåvor, den enda motprestation som är tillåten är exponering av företagsnamn i samband med en aktivitet”.

2.1.4 Ändrat förhållningssätt i vårdverksamheterna

Utvecklingen mot restriktivitet har lett till att flera av de kliniker och vårdcentraler som har ingått i vår studie har etablerat en struktur för att reglera kontakter med företagen. Med viss variation går verksamhetsstyrningen ut på att verksamhetschefen har kontroll över vilka kontakter som tas. Om företag tar kontakt med enskilda läkare eller annan sjukvårdspersonal ska det rapporteras till verksamhetschefen. Verksamhetschefen eller ledningsgruppen beslutar om att bjuda in företag till exempelvis lunchföredrag. En av klinikerna anger att prövningen kan delegeras beroende på relevansen för samverkan till en specialistläkare. Det finns också exempel på kliniker där medarbetare helt enkelt inte får ha



enskilda kontakter med företag, utan att en särskild prövning av relevansen gjorts av verksamhetschef eller sektionsansvarig.

I våra intervjuer framkommer det att den bakomliggande orsaken till att verksamheter tillämpar en striktare styrning är etiska överväganden. Cheferna vill ha ordning och reda i företagskontakterna, och kontroll över att inga tveksamma kontakter sker eller att osunda beroendeförhållanden uppstår. Det finns även inslag av att skydda medarbetarna från svåra överväganden av vad som kan anses vara lämpligt vid företagskontakter.

Bilden är dock inte entydig. Av de kontaktade sjukhusklinikerna och vårdcentralerna har 6 infört en styrning likt den ovan beskrivna. Men det finns även kliniker som inte styr företagskontakterna lika strikt, utan låter kontakter ske på medarbetarnivå utan att det går via ledningen. Vid vårdcentralerna har flera av verksamhetscheferna en princip för hur företagskontakter ska ske.



Sponsring förekommer men omfattningen upplevs som marginell

I det här kapitlet beskriver vi översiktligt de olika formerna av sponsring som vi har identifierat genom intervjuer med verksamhetschefer på sjukhus och vårdcentraler. Vi beskriver också omfattningen av vårdsponsringen, till största delen baserat på våra intervjuer med verksamhetscheferna. Slutligen beskriver vi de tankar om framtida sponsring som framkommit under vår kartläggning.

3.1 FYRA FORMER AV VÅRDSPONSRING

Baserat på våra intervjuer med verksamhetschefer på sjukhuskliniker och vårdcentraler har vi identifierat fyra olika former av sponsring. Dessa är:

1. finansiering av eller medverkan vid utbildning och sammankomst
2. tillhandahållande av utrustning eller av metoder för testning
3. finansiering av lokaler eller aktiviteter som syftar till att förbättra patientens vårdupplevelse
4. finansiering av vårdinsatser för en specifik grupp patienter.

Indelningen i kategorier har gjorts utifrån ett antal egenskaper, och kombinationen av dessa skiljer de olika formerna av sponsring från varandra. Egenskaperna är *prestation*, *motprestation*, *initiativtagare* och sponsringens *primära målgrupp*. I figur 3 beskriver vi kort vad som menas med respektive egenskap.



Sponsring förekommer men omfattningen upplevs som marginell

Figur 3. Schematisk översikt av de egenskaper som vi använt för att beskriva olika former av vårdsporsring.

Prestation	Motprestation
Prestationen från extern aktör (sponsorn)	Prestation från mottagaren (den sponsrade)
Den som kommer med erbjudandet	Den som har mest nytta av sponsringen
Initiativtagare	Primär målgrupp

Det är viktigt att notera att vår kartläggning av olika former av vårdsporsring bygger på de exempel som verksamhetscheferna beskrivit i intervjuerna. Det kan därför finnas andra former av sponsring än dem som identifierats med vårt angreppssätt. Det innebär också att vi inkluderat former av vårdsporsring som exkluderats av andra. Till exempel inkluderas inte sponsring av utbildningar och sammankomster i vården i den etiska analys som Prioriteringscentrum (Sandman 2016) tidigare presenterat.

3.2 OMFATTNINGEN AV VÅRDSPORSRINGEN ÄR ENLIGT VERKSAMHETSCHEFERNA MARGINELL

Under intervjuerna bad vi verksamhetscheferna beskriva hur vanliga olika former av vårdsporsring är. Den sammantagna bilden från intervjuerna är att omfattningen, det vill säga de utbyten som sker i vården genom sponsring, är marginell. Det framkommer att den vanligaste formen av vårdsporsring är kategorin "Finansiering av och medverkan i lunchföredrag och utbildningar", men att hur ofta denna typ av sponsring sker skiljer sig mellan verksamheterna. Omfattningen av den typen av vårdsporsring upplevs samtidigt som betydligt mindre i dag jämfört med i början av 2000-talet.

Ett annat exempel av sponsring, som beskrivs som ett etablerat inslag, är "Finansiering av lokaler eller aktiviteter som syftar till att förbättra patientens vårdupplevelse". Det handlar om de aktiviteter som vanligtvis finansieras via insamlingsstiftelser vid de större barnsjukhusen i landet. Även om dessa medel inte ska användas till att finansiera ordinarie vård är upplevelsen att omvårdnaden förbättras vid dessa barnsjukhus genom

insamlingsstiftelsernas bidrag. Av de övriga formerna har bara ett fåtal exempel vid enskilda kliniker identifierats i urvalet av landsting.

Vad gäller frekvensen i företagens förfrågningar om sponsring, uppfattar man inom sjukhusvården att företagen visar en försiktighet i sättet att närma sig vården. Förfrågningar om sponsring upplevs däremot vara vanligare till chefer i primärvården jämfört med sjukhuskliniker. Men i våra intervjuer framkommer det att det är vanligt att både verksamhetschefer på sjukhuskliniker och vårdcentraler tackar nej till erbjudanden från företag.

3.3 VÅRDSPONSRINGENS INNEHÅLL OCH OMFATTNING

I det här avsnittet ger vi en närmare beskrivning av var och en av de fyra kategorierna av vårdsponsring som identifierats i vår kartläggning. För varje kategori beskriver vi först vad som karakteriserar sponsringen för att därefter beskriva dess omfattning. För exempel på praktikfall för respektive kategori, se bilaga 2.

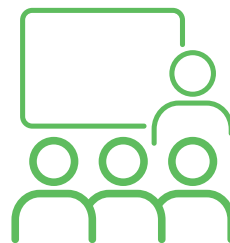
3.3.1 Finansiering av eller medverkan vid utbildning och sammankomst – kategori 1

Sponsringens egenskaper

Två former av samarbeten med sponsorer har identifierats i den här kategorin. Den ena formen innebär att företag får möjlighet att under en lunch med klinikens eller vårdcentralens personal informera om metoder, utrustningar, förbrukningsmaterial eller läkemedel. I samband med utbildningen är det vanligt att företaget bjuder på en enklare lunch. Initiativet till den här typen av aktivitet kan komma från företaget eller kliniken/vårdcentralen. Det upprättas sällan särskilda avtal för den här sortens utbyten, utan det bestäms via en muntlig överenskommelse eller e-postkorrespondens.

Den andra formen innebär att en eller flera kliniker tillsammans arrangerar en utbildning, vanligen för dem som verkar inom en viss specialitet. Företag kan då bjudas in som exempelvis medverkande föreläsare. Det förekommer att företaget betalar en så kallad utställningsavgift och därigenom delfinansierar en mindre del av utbildningen. Vissa av de intervjuade klinikerna har som princip att flera företag ska bjudas in till sådana utbildningstillfällen.

Av intervjuerna framkommer att denna form av utbyte oftast träffas genom muntliga överenskommelser eller via e-post och i vissa fall skriftliga avtal.



Figur 4. Översikt egenskaper kategori 1.

Prestation	Motprestation
Företag medverkar som föreläsare, utbildare eller utställare vid en sammankomst eller utbildning för landstingens personal	Synlighet och möjlighet till marknadsföring
Specifika verksamheter inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård eller företag	Personalen
Initiativtagare	Primär målgrupp

Den vanligaste motprestationen för båda dessa former är att företagen får möjlighet att presentera sig och sina produkter. Den primära målgruppen för aktiviteten är de läkare, sjuksköterskor och annan personal som deltar och får del av informationen.

Omfattning

Vid sjukhusen uppgav 13 av 22 intervjuade verksamhetschefer att lunchföredrag förekommer. 2 av klinikerna genomför lunchmöten nästan varje vecka, och för de andra varierar det från en gång i månaden till någon gång per termin. Av de 9 verksamhetschefer som inte har lunchföredrag har 2 kliniker helt upphört med lunchföredragen av vad de beskriver som etiska skäl eller för att kvaliteten varit för låg. Man vill undvika negativ uppmärksamhet, liksom risken för att göra avsteg från upprättade policyer och riktlinjer.

Vårdcentralernas hantering av förfrågningar från företagen varierar. 8 av 11 vårdcentraler uppgav att de ofta får förfrågningar om besök från läkemedelsföretag eller företag som levererar förbrukningsmaterial och vill komma och demonstrera hur de fungerar. 3 av vårdcentralerna beskriver att de får förfrågningar näst intill varje dag och skulle, om de ville, kunna ha lunchföredrag varje vecka. 2 av vårdcentralerna uppgav att de inte får några förfrågningar alls. Av de vårdcentraler som blir uppvaktade av företag finns både små och stora vårdcentraler.

5 av vårdcentralerna genomför lunchföredrag en gång i månaden eller mer sällan. En vårdcentral genomför lunchföredrag, men tackar av etiska skäl nej till att företag erbjuder lunch. I den här kartläggningen går det inte att se några mönster i skillnader mellan olika typer av vårdcentraler eller mellan olika landsting.

En annan typ av sponsring inom samma kategori är när företag deltar i utbildningar som anordnas av verksamheterna. På sjukhusen uppger 5 av de 22 intervjuade verksamhetscheferna att begränsad sponsring kan ske vid olika typer av sådana utbildningstillfällen som arrangeras av en eller flera kliniker. Den här typen av arrangemang sker någon gång per år eller mer sällan. Inga vårdcentraler har beskrivit något liknande arrangemang.

3.3.2 Tillhandahållande av utrustning eller metoder för testning – kategori 2

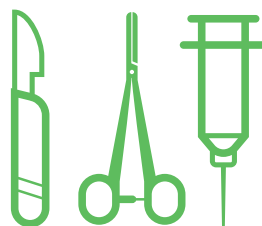
Sponsringens egenskaper

Till den här kategorin räknas sådana aktiviteter där företag lånar ut utrustning eller gör metoder tillgängliga för testning och utvärdering på sjukhuskliniken eller vårdcentralen. Det sker huvudsakligen för att utveckla professionens arbetssätt. I vissa fall kan en specialist från det aktuella företaget medverka under testet.

Motprestationen är primärt synlighet för företagets produkter och tjänster, men det kan även vara kunskapsöverföring om vårdpersonalen återkopplar sina erfarenheter efter avslutat test. Även den arbetstid som personalen lägger ner på att prova utrustningen eller arbetsmetoden kan ses som en motprestation.

Av intervjuerna framkommer att överenskommelser om den här formen av utbyte vanligtvis träffas muntligt eller via e-post, snarare än genom skriftliga avtal. Regleringen av kontakterna sker i olika utsträckning i de kartlagda landstingens verksamheter.

Den primära målgruppen för den här typen av sponsring är läkare och sjuksköterskor eller annan personal på kliniken eller vårdcentralen. Aktiviteterna initieras vanligtvis av företagen. Även klinikerna i sin helhet skulle kunna dra nytta av det omdöme som testarna ger inför framtida inköp.



Figur 5. Översikt egenskaper kategori 2.

Prestation	Motprestation
Överenskommelser om test eller utvärdering av utrustning eller metoder	Synlighet och möjlighet till marknadsföring men kan även vara kunskapsöverföring
Företag	Personalen
Initiativtagare	Primär målgrupp

Omfattning

Vid 4 av de kontaktade sjukhusklinikerna förekommer det att företag lånar ut utrustning som kan testas exempelvis i operationssalen. Vid de kliniker vi varit i kontakt med förekommer det bara i liten skala. Några av de intervjuade verksamhetscheferna uttrycker sin frustration över att de inte har full kontroll över omfattningen av lånad utrustning.

I våra intervjuer med utvalda vårdcentralschefer framkommer det att några av dem har erfarenhet av att företag erbjuder förbrukningsartiklar eller lånar ut utrustning som kan testas, exempelvis beslutsstöd.

3.3.3 Finansiering av lokaler eller aktiviteter som syftar till att förbättra patientens vårdupplevelse – kategori 3

Sponsringens egenskaper

Till den här kategorin räknas extern finansiering av till exempel lokaler i anslutningen till hälso- och sjukvården, utsmyckning av väntrum eller olika aktiviteter, antingen inom eller utanför kliniken eller vårdcentralen, för patienterna och deras familjer.

Finansieringen sker via insamlingsstiftelser eller direkt via donationer från privatpersoner eller organisationer. Det har förekommit att sjukhus inrättar insamlingsstiftelser för att attrahera sponsorer och donatorer till sjukhuset. Medlen som söks av verksamheterna på sjukhuset går exempelvis till leksaker och kultur för barn som vistas på sjukhusen. Medel används även till större projekt som exempelvis att bygga om eller utveckla lokaler till en mer barnvänlig miljö.



Figur 6. Översikt egenskaper kategori 3.

Prestation	Motprestation
Finansiering av exempelvis lokaler i anslutning till given vård, utsmyckning av gemensamma ytor och aktiviteter för patienter och anhöriga	Synlighet för den sponsrande
Stiftelser och organisationer	Patienter och närstående (Kliniken)
Initiativtagare	Primär målgrupp

Motprestationen är vanligtvis synlighet för den sponsrande organisationen. Synligheten är i dessa fall av goodwillkaraktär, det vill säga att sponsorns synlighet förknippas med positiva värden. Synligheten syftar inte till att sälja mer till den som sponsras.

Till skillnad från de tidigare två kategorierna av sponsring är den primära målgruppen patienterna och deras närstående.

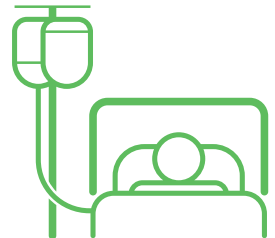
Omfattning

Vid några av de större barnsjukhusen i landet har insamlingsstiftelser inrättats för att attrahera sponsorer och donatorer till sjukhusen. Stiftelserna kan ha olika syften, bland annat att förbättra den patientsociala miljön. Ibland förekommer det en specifik donator bakom stiftelsen. Gränsen mellan ordinarie vård och det extra som kan läggas till med medel från stiftelserna är inte helt tydlig, men ambitionen är att medlen inte ska användas till ordinarie verksamhet.

3.3.4 Finansiering av vårdinsatser för en specifik grupp patienter – kategori 4

Sponsringens egenskaper

Till den här formen av sponsring räknas när företag finansierar en viss vårdinsats för en patientgrupp som behandlas med företagets produkt. Det kan handla om att företagen finansierar



vårdplatser för att bevaka de patienter som inlett behandling med företagets läkemedel. Sponsringen kan också bestå av finansiering av viss diagnostik eller utrustning som är en förutsättning för en viss behandling.

Motprestationen vid sådan här sponsring är förutom ökad användning av företagets produkter även synlighet i marknadsföringssyfte.

Genom att erbjuda till exempel vårdplatser eller diagnostik riktas denna typ av sponsring till specifika patientgrupper inom en viss klinik eller vårdcentral. Den här kategorin är också den där det tydligast framgår att motprestationen är ökad användning av företagets produkter.

Omfattning

Den här kartläggningen har bara identifierat ett exempel av finansiering av vård genom vårdplatser eller personella resurser, där ett läkemedelsföretag finansierat vårdplatser för observation av de patienter som ordineras ett specifikt neurologiskt läkemedel. Några ytterligare fall omnämns i rapporten från Prioriteringscentrum (Sandman 2016), och i LIF:s samarbetsdatabas finns enstaka exempel där företag finansierat diagnostiska test för specifika diagnoser.

Figur 7. Översikt egenskaper kategori 4.

Prestation	Motprestation
Finansiering av en vårdinsats för en patientgrupp som behandlas med företagets produkt (till exempel vårdplatser, diagnostik eller utrustning)	Ökad användning av företagets produkter, men även synlighet i marknadsföringssyfte
Företag	Klinik eller vårdcentral
Initiativtagare	Primär målgrupp

3.4 OMFATTNINGEN AV SPONSRING I LIF:S DATABASER

Utöver vår kartläggning kan även omfattningen av sponsring uppskattas med hjälp av LIF:s samarbetsdatabaser, som närmare beskrivs i bilaga 3. De flesta av läkemedelsbolagen är medlemmar i LIF eller omfattas på annat sätt av läkemedelsbranschens etiska regelverk, och redovisar in hur mycket bolagen gett till verksamheten i form av sponsring. Men leverantörer av medicinteknisk utrustning och laborieutrustning finns inte med i databasen. Vi har fått ta del av det sammanlagda värdet som LIF:s medlemmar redovisat in i de olika databaserna per år. Data från och med 2015 finns i tabell 1 och baseras på LIF:s egna beräkningar. År 2017 uppgick företagens rapporterade sponsring till 50 miljoner kronor. Det motsvarar mindre än en promille av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvården samma år (SKL 2018b). Vi är medvetna om att underlaget för uppskattningen inte är fullständigt. Men vi bedömer ändå att det kan ge en indikation om storleksordningen av sponsring i hälso- och sjukvården.

Tabell 1. Sammanlagda inrapporterade belopp till LIF:s databas ingången för värdeöverföringar, miljoner kronor.

Typ av värdeöverföring	2015	2016	2017
Forskning och utveckling	627	735	667
Sponsring	47	46	50
Donation	8	25	16

Källa: Data från LIF 2018.

I Prioriteringscentrums rapport (Sandman 2016) framgår att det är principiellt viktigt att ha en beredskap om omfattningen av vårdsporsring skulle öka i framtiden. När det gäller vårdsporsring kopplad till den ordinarie verksamheten finns det inget i deras kartläggning som pekar på att sponsring kommer att öka, vilket även vår kartläggning visar.

3.5 VÅRDSPORSRINGENS UTVECKLING I FRAMTIDEN

Under våra intervjuer med Swedish Medtech, LIF, SKL och i diskussionen med representanter ur Vårdanalys patient- och brukarråd lyfte vi frågan om hur sponsring och närliggande samverkansformer mellan vården och företagen kommer att utvecklas i framtiden. Det råder en enig bild om att sponsring och samarbeten kommer att ta nya vägar och former.



Nya former för kunskapsöverföring utvecklas som gör att man inte alltid behöver mötas rent fysiskt. Det gäller inspelningar, sammanfattningar av konferenser och liknande. En trend är att utbildning börjar ges via webbsända seminarier eller informationsfilmer. Detta berör professionerna, patienter och närstående. Redan i dag används exempelvis sociala medier av läkemedelsbolag, för att hjälpa patienter att utbilda sig i sin egen sjukdom.

Enligt Swedish Medtech blir patientens egenvård mer och mer avancerad och det finns ett behov hos företagen av att genomföra pilotprojekt med patienter för att se vad de klarar av själva. Egenvården utvecklas och patienterna är med och driver på utvecklingen.

Utvecklingen av nya komplexa läkemedel gör också att företagsfinansiering av vårdinsatser för en specifik grupp patienter kan komma att bli vanligare, till exempel genom kompletterande tjänster som ger förutsättningar för behandlingen.



Flera lagar och regler angränsar till området

I det här kapitlet beskriver vi lagar och regler som angränsar till området sponsring inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Genomlysningen visar att det inte finns någon enskild lagstiftning som specifikt tar sikte på hur frågor om vårdsporsring ska hanteras. Det finns däremot ett antal författningar som på olika sätt berör och kan ha relevans för bedömningen av om och hur sponsring kan genomföras. För att på ett ändamålsenligt sätt ta tillvara på de möjligheter som finns med vårdsporsring och hantera de risker som finns behöver de författningarna beaktas både när styrdokument utvecklas och i varje enskilt fall när sponsring aktualiseras. Det handlar om författningar på flera olika rättsområden, bland annat inom hälso- och sjukvårdsrätten men även till exempel förvaltningsrätt och upphandlingsrätt. Rättsfrågorna handlar om allt från kraven på objektivitet och saklighet till grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Att författningarna är många ska inte ses som att sponsring inte får förekomma, i stället krävs en aktiv rättstillämpning där det avgörs vad som kan tas emot och inte.

Syftet med kapitlet är att kortfattat redogöra för ett urval av regleringar som vi i denna rapport har sett har särskild betydelse för hanteringen av vårdsporsring.

4.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGSTIFTNINGEN SÄTTER RAMAR FÖR HUR VÅRDEN SKA BEDRIVAS

I hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns ett antal krav på hur hälso- och sjukvården ska organiseras och bedrivas. Det har i olika sammanhang lyfts



farhågor om att vårdsporsring kan påverka hur de kraven efterlevs. Bland annat har SMER belyst sådana tänkbara risker (SMER 2016). De pekar bland annat på att vårdsporsringen kan riskera att äventyra att riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården åsidosätts och att kraven på etiska bedömningar av nya vårdmetoder inte efterlevs. I det följande beskriver vi de bestämmelser som detta rör och några av de ytterligare krav i hälso- och sjukvårdsrätten som kan vara relevanta att ta hänsyn till i olika typer av bedömningar rörande vårdsporsring.

4.1.1 Hälso- och sjukvården ska följa de allmänna riktlinjerna för prioriteringar

Som anges ovan, har det förekommit diskussioner om i vilken mån vårdsporsring är förenligt med de regler om prioriteringar som finns för hälso- och sjukvården. Det har till exempel lyfts farhågor om att sporsringen kan bidra till att en av hälso- och sjukvårdens grundläggande principer, den så kallade människovärdesprincipen, åsidosätts på så sätt att vissa grupper prioriteras framför andra, till exempel yngre framför äldre (Sandman 2016).

Lagstiftningen om prioriteringar i hälso- och sjukvården utgår från bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)). Regeringen har också ställt upp allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) som riksdagen ställt sig bakom (bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). De allmänna riktlinjerna baseras på tre etiska principer, den så kallade människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Mycket sammanfattat kan de beskrivas på följande sätt:

- **Människovärdesprincipen** innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Det är den viktigaste principen i hälso- och sjukvården, och den slår fast att till exempel social ställning, inkomst och ålder inte får avgöra vem som ska få vård eller kvaliteten på vården (prop. 1996/97:60 s. 20). Om sporsring främst riktar sig till vård för yngre personer får det till exempel inte innebära att äldre personers vård påverkas på ett sätt som

strider mot riktlinjerna för prioriteringar. En enskild individ som sponsrar vården får inte heller gynnas i strid med riktlinjerna.

- **Behovs-solidaritetsprincipen** innebär att hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas efter behov. Resurserna ska satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst (prop. 1996/97:60 s. 20). Om prioriteringar behöver göras bland effektiva åtgärder ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten (prop. 1996/97:60 s. 20). Principen handlar också om att särskilt beakta behoven hos de svagaste och att människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter ska ha samma rätt till vård som andra (prop. 1996/97:60 s. 20). Sponsring får därför inte påverka att det är behoven som styr de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården. Vården för personer med större behov får till exempel inte prioriteras ned om det skulle vara så att sponsringserbjudanden främst rör vård för personer med mindre behov.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen** är underordnad de två ovannämnda principerna och innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder (prop. 1996/97:60 s. 21–22). De farhågor som tagits upp kring att sponsringen inte är kostnadseffektiv och riskerar leda till olika typer av inlåsnings effekter och liknande skulle exempelvis kunna behöva belysas utifrån den principen.

Dessa tre etiska principer ska ligga till grund för de prioriteringar som görs inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60 s. 19). Vad som avses med att göra prioriteringar i hälso- och sjukvården utvecklas i förarbetena. Där anges bland annat att prioriteringar inte bara är en fråga om att välja, utan också kan vara en fråga om att välja bort. I och med att man beslutar sig för att använda resurserna till ett ändamål har man samtidigt avstått från att använda dem till något annat (prop. 1996/97:60 s. 11 f.). Riktlinjerna för prioriteringar ska enligt förarbetena fylla sin viktigaste funktion som underlag för ingående diskussioner och överväganden om hur tillgängliga resurser för hälso- och sjukvården ska användas på bästa sätt (prop. 1996/97:60 s. 39). Riktlinjerna ska vägleda dem som ska fatta prioriteringsbesluten både på politisk/administrativ nivå och i den kliniska vardagen (prop. 1996/97:60 s. 30). Vårdsporsring innebär att resurser tas i anspråk från vårdverksamheten, i form av bland annat motprestationer och olika typer av administrativa



resurser, och kan påverka till exempel vårdutbudet och vilken utrustning och vilka metoder som används i verksamheten. Det kan därför bli relevant att bedöma vårdsporsringens förenlighet med reglerna för prioriteringar utifrån ovannämnda bestämmelse och riktlinjer.

4.1.2 Det finns flera olika krav rörande god vård

Sponsring kan bland annat innebära att kunskap, utrustning och nya metoder tillförs hälso- och sjukvården eller bidrag till restaurering av vårdgivares lokaler. Samtidigt är det huvudmännen och vårdgivarna som ansvarar för att utrustningen, metoderna och lokalerna uppfyller kraven på god vård (5 kap. 1 § HSL). Med god vård avses bland annat att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (5 kap. 1 § HSL).

Det ska också finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL). I förarbetena framhålls att hälso- och sjukvården ska hålla en god personell och materiell standard, det vill säga bedrivs av personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler (prop. 1981/82:97 s. 116).

Varje sponsringserbjudande behöver alltså bedömas utifrån de olika krav som finns på god vård och det är viktigt att ha i åtanke att ansvaret för detta ligger kvar på huvudmännen och vårdgivarna. I det följande ges några exempel på vad kraven på god vård kan innebära.

Sponsring får inte ensamt avgöra vilka utrustningar, metoder eller lokaler som finns eller används

Det anges inte i hälso- och sjukvårdslagstiftningen hur eller varifrån utrustning, metoder och lokaler ska anskaffas eller finansieras. Av ovan beskrivna krav på god vård kan det dock utläsas att den omständigheten att något är sponsrat inte ensamt får vara avgörande för vilka utrustningar, metoder eller lokaler som finns eller används inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten ska i stället vara vad som behövs för att god vård ska kunna ges, och för att vården ska kunna hålla den goda personella och materiella standard som framhålls i förarbetena (prop. 1981/82:97 s. 116).

Nya metoder ska bedömas utifrån individ- och samhällsetiska aspekter

Innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter (5 kap.

3 § HSL). Prioriteringscentrum har i sin rapport tagit upp frågan om det finns en risk för att den här typen av utvärdering och analys uteblir i vårdspansringssituationer, mot bakgrund av att det kan vara lockande att inte lägga lika stor vikt vid en ordentlig utvärdering när man får en del av kostnaden för en metod finansierad av en sponsor (Sandman 2016). I de fall vårdspansringen handlar om att till exempel introducera ny utrustning eller nya metoder behöver den här bestämmelsen beaktas.

Vetenskap och beprövad erfarenhet ska vara utgångspunkten

Alla åtgärder som hälso- och sjukvårdspersonal vidtar, till exempel val av behandlingsmetod, hjälpmedel eller förskrivning av läkemedel, ska basera sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det följer av kravet på att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller de kraven (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL)). Sponsring får alltså inte äventyra denna grundbult i hälso- och sjukvården. Det innebär till exempel att goda eller inarbetade relationer till ett visst företag, att ett företag har marknadsfört sig väl eller att en viss utrustning är sponsrad inte får leda till att kraven på hur personalen ska utföra sitt arbete åsidosätts.

4.1.3 Offentligt finansierad verksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet

Ett annat krav som behöver beaktas kopplat till vårdspansring är att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL). Ett av skälen till det är att hälso- och sjukvården till övervägande del är finansierad med allmänna medel. Det har därför ansetts angeläget att resurserna inom hälso- och sjukvårdsverksamhet används på ett så effektivt sätt som möjligt (prop. 1995/96:176 s. 54 f.).

Eftersom vårdspansring kan innebära att resurser tas i anspråk från hälso- och sjukvården på olika sätt, behöver detta krav om kostnadseffektivitet beaktas kopplat till vårdspansring. Det kan till exempel innebära att verksamheter kan behöva se över om det finns andra mer kostnadseffektiva alternativ för att införskaffa en viss produkt eller tjänst innan de accepterar en erbjuden sponsring. Vidare kan de resurser som mer generellt läggs på vårdspansring utan koppling till någon specifik sponsringssituation behöva beaktas utifrån kravet på kostnadseffektivitet, till exempel eventuella resurser som läggs på att försöka locka vårdspansring (ESV 2002).



4.2 FÖRVALTNINGS- OCH KOMMUNALRÄTTSLIGA REGLER BERÖR AKTÖRERNA PÅ OLIKA SÄTT

Kommuners och landstings verksamhet regleras även av ett förvaltnings- och kommunalrättsligt regelverk, som inte omfattar privata aktörer på samma sätt. Det innebär bland annat att kommuners och landstings överväganden när det gäller vårdsporsring behöver ta hänsyn till särskilda regelverk rörande till exempel objektivitet, saklighet, likabehandling, likställdhet, jäv och bisysslor. Det finns även särskilda krav gällande till exempel den kommunala befogenheten och kommuners och landstings ekonomi som kan vara nödvändiga att ta hänsyn till inom ramen för vårdsporsring. Nedan beskrivs några av de förvaltnings- och kommunalrättsliga regler som kan vara relevanta för kommuner och landsting att beakta inom ramen för sitt arbete med vårdsporsring.

4.2.1 Det finns höga krav på objektivitet, saklighet, likabehandling och likställdhet

Eftersom vårdsporsring ibland innebär kontakter mellan sponsorer och hälso- och sjukvården, är det relevant att belysa vårdsporsringen utifrån de krav som finns på objektivitet, saklighet, likabehandling och likställdhet. Ovan har det nämnts några krav kopplat till detta som gäller inom hela hälso- och sjukvården, det vill säga kraven på god, jämlik, sakkunnig och omsorgsfull vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. För den offentliga sektorn finns det dessutom krav som rör dessa aspekter i den förvaltnings- och kommunalrättsliga lagstiftningen.

De grundlagsfästa objektivitets- och likställdhetsprinciperna innebär att de som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska iaktta saklighet och opartiskhet och beakta allas likhet inför lagen (1 kap. 9 § RF). De ska alltså handla fritt från godtycke och inte särbehandla någon utan laga stöd (prop. 1973:90 s. 235). Krav på saklighet och opartiskhet finns även i förvaltningslagen (5 § förvaltningslagen (2017:900) (FL)). Att till exempel påverkas av en sponsringsrelation vid valet av leverantör i en inköpsituation eller vid förskrivning eller ordination skulle alltså kunna strida mot dessa krav. Den kommunalrättsliga likställdhetsprincipen innebär också att kommuner och landsting ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat (2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725) (KL)). Det betyder att kommuners och landstings hantering av sporsring inte får gynna vissa patienter eller företag i kommunen framför andra utan sakliga skäl. Det finns också vissa begränsningar i kommuners och landstings möjligheter att lämna

individuellt inriktat stöd till enskilda företag som kan behöva beaktas kopplat till sponsring (2 kap. 8 § KL, se även EU:s regler om statsstöd).

Både inom den offentliga och privata vården behöver man alltså se till att företagskontakter och sponsring i övrigt inte innebär att patienter eller företag behandlas på ett sätt som skulle vara oförenligt med kraven rörande objektivitet, saklighet, likabehandling och likställdhet.

4.2.2 Anställda i kommun och landsting behöver beakta reglerna om jäv

Objektivitetsprincipen konkretiseras bland annat genom reglerna om jäv för offentliganställda. Reglerna är relevanta att beakta kopplat till vård sponsring, eftersom nära eller återkommande kontakter mellan sponsorer och den offentliga hälso- och sjukvården skulle kunna innebära särskilda risker för uppkomst av jäv. Reglerna om jäv finns i olika lagar och ser lite olika ut för olika funktioner (se t.ex. 5 kap. 47 § och 6 kap. 28 § KL och 16–18 §§ FL).

Vissa som kan komma att hantera ärenden kopplat till sponsring omfattas av regler som innebär att jäv till exempel föreligger om saken angår hen själv eller någon närstående eller om ärendets utgång kan väntas medföra synnerlig nytta eller skada för hen eller hens närstående (6 kap. 28 § KL). Vissa kan också träffas av bestämmelsen om att jäv föreligger om hen eller någon närstående är part i ärendet eller annars kan antas bli påverkad av beslutet i en inte oväsentlig utsträckning (16 § FL).

Det kan också vara fråga om så kallad delikatessjäv, det vill säga att det utöver de övriga jävsgrunderna finns någon särskild omständighet som är ägnad att rubba förtroendet för hens opartiskhet i ärendet eller som gör att hens opartiskhet i ärendet kan ifrågasättas (6 kap. 28 § KL och 16 § FL). Exempel i förarbeten på delikatessjäv är ”då någon är uppenbar vän eller ovän med eller är ekonomiskt beroende av part eller intressent eller direkt lyder under honom, liksom fall då den handläggande är engagerad i saken på ett sådant sätt att misstanke lätt kan uppkomma om att det brister i förutsättningarna för en opartisk bedömning” (prop. 1971:30 del 2 s. 343). Det är alltså viktigt att uppmärksamma om sponsringsrelationer utvecklar sig till uppenbar vänskap eller liknande. Det gäller även om sponsringsrelationen rent faktiskt inte påverkar några beslut i sak. Justitieombudsmannen (JO) har uttalat att ”Jävsreglerna har till syfte att förhindra misstankar om bristande opartiskhet och ovidkommande hänsyn. Bestämmelserna träffar såväl grundade som objektivt ogrundade misstankar. Med andra ord kan jäv föreligga, även om vederbörande tjänsteman rent faktiskt inte har brustit i kraven på objektivitet och opartiskhet.” (JO 2006/07 s. 194).



I juli 2018 trädde en ny förvaltningslag ikraft (förvaltningslag (2017:900)). Det fanns en begränsning i den tidigare förvaltningslagens (1986:223) tillämplighet på hälso- och sjukvården, vilken togs bort i den nya förvaltningslagen (2017:900). Vad det ger för konsekvenser i praktiken, till exempel rörande jäv, återstår att se.

Sammantaget kan det konstateras att de kontakter mellan sponsorer och den hälso- och sjukvården som sker inom vårdspansringen, behöver ses i ljuset av reglerna om jäv.

4.2.3 Reglerna om bisysslor begränsar vilka uppdrag man får ha utanför anställningen

Det har framkommit att vårdpersonal ibland deltar på konferenser utanför sin ordinarie tjänst, i form av bisysslor. Därför kan det vara relevant att nämna att det finns vissa begränsningar i vilka uppdrag kommun- och landstingsanställda får ha utanför sin anställning.

Utgångspunkten är att en arbetstagare i kommun eller landsting inte får ha någon anställning eller något uppdrag eller utöva någon verksamhet som kan rubba förtroendet för hens eller någon annan arbetstagares opartiskhet i arbetet eller som kan skada myndighetens anseende (7 § lagen (1994:260) om offentlig anställning (LOA)). Reglerna om bisysslor syftar till att upprätthålla allmänhetens förtroende för den saklighet och opartiskhet som grundlagen kräver (prop. 2000/01:147 s. 17). Det kan också i anställningsavtal eller kollektivavtal finnas ytterligare regler för bisysslor. Vår kartläggning har inte omfattat bisysslor, men det kan ändå vara relevant att se över hur bisysslor hanteras i samband med arbetet med vårdspansring.

4.2.4 Det finns krav på kommuners och landstings ekonomiska förvaltning

På samma sätt som de resurser som vårdspansring tar i anspråk från hälso- och sjukvården behöver beaktas i ljuset av hälso- och sjukvårdslagstiftningens regler om kostnadseffektivitet, behöver kommuner och landsting även beakta vårdspansringen utifrån de kommunalrättsliga kraven på att ha en god ekonomisk hushållning, och på att budgeten ska upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna (11 kap. 1 och 5 §§ KL). Det överlämnas i relativt stor utsträckning till kommuner och landsting att själva definiera vad god ekonomisk hushållning innebär för kommunen respektive landstinget (prop. 2011/12:172 s. 32). Därför bör det till exempel finnas utrymme att behandla

vissa frågor kopplat till vårdsporsring i de styrdokument och annat arbete som definierar den ekonomiska hushållningen.

4.2.5 Ligger vårdsporsring inom den kommunala befogenheten?

Precis som för all verksamhet som kommuner och landsting engagerar sig i, behöver de göra en bedömning av om vårdsporsringen ligger inom den kommunala kompetensen, det vill säga inom ramen för det som kommuner och landsting har befogenhet att göra. Men det går inte att generellt besvara den frågan, eftersom vårdsporsring kan se ut på många olika sätt och innebära olika typer av åtgärder från kommuners och landstings sida. En bedömning av om den verksamhet kommunen eller landstinget företar inom ramen för en viss form av sporsring är förenlig med reglerna om den kommunala kompetensen beror i stället på omständigheterna i det enskilda fallet.

Allmänt kan det sägas att utgångspunkten är att kommuner och landsting får ta ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar (lokaliseringsprincipen) (2 kap. 1 § KL) och som inte ska handhas av enbart staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan (2 kap. 2 § KL). Vid bedömningen av om det finns ett allmänt kommunalt intresse ska hänsyn tas till om det är lämpligt, ändamålsenligt och skäligt att kommunen engagerar sig i den aktuella verksamheten (prop. 1990/91:117 s. 148). Denna så kallade allmänna kompetensregel begränsas av vissa andra principer, som likställhetsprincipen.

I vissa fall kan man alltså komma att behöva ta ställning till om en aktivitet kopplat till vårdsporsring ligger inom ramen för den kommunala kompetensen. Det kan till exempel handla om att överväga om en offentlig vårdgivare kan erbjuda en viss typ av motprestation eller bedriva viss typ av verksamhet för att söka sporsring.

4.3 UPPHANDLINGSREGELVERKET KAN I VISSA FALL AKTUALISERAS

I den här rapporten har rena upphandlingsförfaranden avgränsats från den vårdsporsring som kartlagts, eftersom sporsring enligt vår definition inte omfattar köp av produkt, tjänst eller annan resurs. Vårdsporsring kan ändå ge upphov till vissa upphandlingsrättsliga frågor. Dels kan det ibland bli aktuellt att överväga om något som framställs som ett sporsringserbjudande i själva verket är ett sådant köp eller sådan hyra som en kommun eller ett landsting skulle behöva upphandla enligt någon upphandlingslag (t.ex. lagen (2016:1145)



om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)). Dels behöver kommuner och landsting ta hänsyn till att alla typer av företagskontakter, oavsett sammanhang, kan komma att ha betydelse i en eventuell upphandling som görs på det området som företaget är verksamt på.

Mot bakgrund av detta redogör vi i det följande kort för några upphandlingsrättsliga aspekter som kan vara relevanta att beakta inom ramen för vårdsporsring.

4.3.1 Myndigheter ska tillämpa upphandlingsreglerna vid till exempel inköp och hyra

Med upphandling avses de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa till exempel varor eller tjänster genom tilldelning av kontrakt (1 kap. 2 § lag LOU). Det vanligaste är att en myndighet köper något, till exempel utrustning eller utbildningar, men det kan också handla om hyra och leasing med mera. En form av upphandling ska också ske när kommuner och landsting inför valfrihetssystem för hälsovård och socialtjänster (1 kap. 1 § LOV). Rena gåvor, eller bidrag utan krav på någon motprestation, omfattas i princip inte av upphandlingsskyldighet.

I förarbetena till LOU sägs att det är fråga om upphandling om en leverantör, i utbyte mot ersättning, tillhandahåller till exempel varor eller tjänster som är av direkt ekonomiskt intresse för den upphandlande myndigheten (prop. 2015/16:195 s. 933). Det har redan konstaterats att vårdsporsring ofta innefattar en form av anskaffande av varor eller tjänster, men om den motprestation som erbjuds är att likställa med ersättning i upphandlingslagstiftningens mening är en mer komplex fråga. Det anges inte i lagen eller förarbetena att det behöver vara fråga om ersättning i pengar för att kriteriet om ersättning ska vara uppfyllt.

Nämnden för offentlig upphandling (NOU) har tidigare uttalat att upphandlingsskyldigheten inträder när givaren bidrar med varor eller tjänster till en upphandlande enhet och i gengäld får varor eller tjänster, så kallat barteravtal, eller kontanta medel. De framhöll också att om motprestationen endast är att upplysa om att en leverantör sponsrat den upphandlande enheten med en viss specifik vara eller tjänst, så innebär det normalt inte att motprestationen är en sådan vara eller tjänst som gör att ett upphandlingskontrakt krävs. Här behöver alltså en gränsdragning mot till exempel reklam göras. För om sponsorn får reklam i motprestation kan det innebära att motprestationen utgör en sådan tjänst som gör att

upphandlingsreglerna behöver tillämpas, enligt NOU:s uppfattning. Detta betyder att ett avtal kan behöva upphandlas om avtalet innebär att en upphandlande myndighet förbinder sig att exponera en givares namn i sammanhang som inte direkt har med den givna varan eller tjänsten att göra eller att i övrigt upplysa om givaren och dennes verksamhet. Motprestationen betraktas då som reklam (NOU 2003).

Frågan om en viss vara eller tjänst som framställs som ett sponsrings-erbjudande i själva verket ska upphandlas enligt någon upphandlingslag eller inte måste alltså avgöras utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Då kan hänsyn bland annat behöva tas till vilken typ av motprestation det är fråga om och storleken på den.

4.3.2 All offentlig upphandling måste följa de grundläggande principerna

All offentlig upphandling måste följa upphandlingslagstiftningens grundläggande principer och hela upphandlingslagstiftningen ska tolkas i ljuset av de principerna. Principerna innebär att upphandlande myndigheter ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt genomföra upphandlingar på ett öppet sätt. Upphandlingar ska vidare genomföras enligt principerna om ömsesidigt erkännande och proportionalitet. (4 kap. 1 § LOU och 1 kap. 2 § LOV) Om man medvetet eller omedvetet påverkas av tidigare sponsringskontakter när man utformar en kravställning i en upphandling eller vid informationslämnande eller när man utvärderar inkomna anbud, skulle det kunna strida mot bland annat kravet på att behandla alla leverantörer likvärdigt.

Därför kan man se det som att dessa principer också behöver beaktas i andra sammanhang än vid pågående upphandlingar, till exempel när företag hör av sig till vårdpersonal för informationsutbyte utan att en upphandlingsprocess pågår. I sådana situationer kan det vara bra att ha i åtanke att företaget inte bör ges sådan information eller möjlighet att påverka verksamheten på ett sådant sätt att det vid en eventuell framtida upphandling skulle få en otillbörlig fördel i förhållande till övriga företag på marknaden.

Inför att upphandlingar genomförs kan det också vara relevant att se över vilka personer som behöver få information om det, eftersom personal som har omfattande företagskontakter på området som är aktuellt för upphandlingen kan behöva vara uppmärksam på att inte ge vissa företag ett informationsövertag framför andra.



4.4 SPONSORER MÅSTE FÖLJA REGLERNA OM MARKNADSFÖRING

Eftersom sponsring inte sällan handlar om informationslämnande från bland annat läkemedels- och medicinteknikföretag till hälso- och sjukvården, kan vissa former av sponsring behöva betraktas i ljuset av reglerna om marknadsföring. De ställer bland annat krav på hur marknadsföring, till exempel i form av information, ska utformas och presenteras och vilka metoder som får användas (se till exempel marknadsföringslagen (1995:450), läkemedelslagen (2015:315), Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:6) om marknadsföring av humanläkemedel och 7 Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG).

4.5 VISSA SPONSORER KAN BEHÖVA BEAKTA SPONSRING UR ETT SKATTERÄTTLIGT PERSPEKTIV

Som framgått ovan finns ingen legaldefinition av vårdspensring. Däremot används begreppet ”sponsring” i viss mån på det skatterättsliga området, om än inte i exakt samma bemärkelse som i den här rapporten. Vissa sponsorer kan alltså behöva beakta skatterättsliga regler inom ramen för sin vårdspensringsverksamhet. ”Sponsring” definieras skatterättsligt främst utifrån reglerna om vad som är en avdragsgill kostnad (se till exempel 16 kap. 1 och 2 §§ inkomstskattelagen (1999:1229) (IL)) och förbudet mot skatteavdrag för gåvor (9 kap. 2 § IL). Sponsorn måste alltså få en motprestation som kan vara resultatfrämjande i dennes verksamhet, för att det ska vara fråga om avdragsgill sponsring. Det krävs bland annat också att det finns ett visst samband mellan sponsorns verksamhet och den motprestation som sponsorn får. (Se t.ex. RÅ 2000 ref. 31 I–II)

4.6 ANSVARET FINNS PÅ OLIKA NIVÅER

Det finns alltså flera rättsliga krav som behöver beaktas kring sponsring. Ansvar för dessa krav finns också på olika nivåer i hälso- och sjukvården. Här nämner vi några ansvarsnivåer som kan vara av intresse i sponsringssammanhang.

Huvudmannaansvaret för hälso- och sjukvården ligger till största del på landstingen, men även kommunerna ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård på vissa områden (7–10 kap. respektive 11–13 kap. HSL). Det innebär

att det är landsting och kommuner som har ansvaret för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av deras ansvar (7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL) och för att erbjuda dem en god vård (2 kap. 2 §, 8 kap. och 12 kap. HSL).

Vårdgivaren har det organisatoriska ansvaret i hälso- och sjukvården i form av att ansvara för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Det är till exempel vårdgivaren som ska ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens och utrustning och lokaler som uppfyller kraven på god vård (3 kap. 1 § PSL och 5 kap. 2 § HSL). Vårdgivaren ansvarar också för att det finns ett ledningssystem som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete).

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses (4 kap. 2 § HSL och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF)). Detta ansvar bör i sig innebära ett stort ansvar för att se till att sponsringsfrågorna hanteras på ett korrekt sätt i verksamheten.

All hälso- och sjukvårdspersonal bär också själv ansvar för hur de fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 § PSL), vilket kan innebära att de i vissa fall behöver ha kunskap om hur vårdspansringen ska hanteras inom sin verksamhet.

4.7 FELAKTIG HANTERING AV SPONSRING KAN LEDA TILL RÄTTSLIGA KONSEKVENSER AV OLIKA SLAG

Det kan sammanfattningsvis konstateras att det inte finns någon lagstiftning som specifikt tar sikte på hur frågor om vårdspansring ska hanteras. Redovisningen av ett urval av författningsbestämmelser i det här kapitlet illustrerar i stället att det är ett stort antal olika regelverk som kan behöva beaktas på olika sätt beroende på bland annat vilken typ av spansring det är fråga om, spansringens omfattning och vem som är mottagare av spansringen. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen och det kommunalrättsliga regelverket ger också huvudmän och vårdgivare ett relativt stort utrymme att organisera och utforma sitt arbete utifrån lokala förutsättningar. Det betyder att olika aktörer har olika konsekvenser och risker att ta ställning till på olika nivåer, beroende på situation och omständigheter. Samtidigt finns det viss



lagstiftning som de måste förhålla sig till, som på något sätt kan sägas sätta upp vissa yttre ramar för sponsringsaktiviteterna. Avsteg från eller inkorrekt hantering i förhållande till dessa bestämmelser kan i vissa fall leda till olika typer av konsekvenser och ansvarsutkrävande.

För huvudmäns och vårdgivares del kan det exempelvis handla om alltifrån ålägganden och förbud utfärdade av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (7 kap. PSL) till kommunalbesvär av olika slag (13 kap. KL) och i vissa fall straffrättsliga konsekvenser. Även sponsrande företag skulle i vissa situationer kunna utkrävas ansvar, till exempel olika typer av straffrättsligt ansvar kopplat till skattereglerna (skattebrottslagen (1971:69)) eller till ansvar för avsteg från marknadsföringsreglerna.

Dessutom kan olika konsekvenser uppkomma för enskilda tjänstemän, hälso- och sjukvårdspersonal och anställda vid sponsrande företag. Utöver att hälso- och sjukvårdspersonal står under IVO:s tillsyn och kan bli föremål för olika typer av förelägganden (7 kap. 29 § PSL) eller anmälan till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (7 kap. 30 § PSL), kan vissa typer av otillåtna bisysslor i vissa fall vara grund för uppsägning.

För enskilda tjänstemän, hälso- och sjukvårdspersonal och anställda vid sponsrande företag kan sponsringsfrågor som inte hanteras på ett korrekt sätt också komma att innebära straffrättsligt ansvar av olika slag. Det kan exempelvis handla om ansvar för tagande och givande av muta, när någon tar emot, godtar ett löfte om, begär, lämnar, utlovar eller erbjuder en otillbörlig förmån inom ramen för utövningen av sin anställning eller sitt uppdrag (10 kap. 5 a och b §§ brottsbalken (1962:700) (BrB)). En muta är typiskt sett en ekonomisk förmån som någon får för att handla på ett sätt som är pliktstridigt (Friberg 2014). Det kan också bli fråga om ansvar för häleri (9 kap. 6 § BrB), förskingring (10 kap. 1 § BrB) och trolöshet mot huvudman (10 kap. 5 § BrB) med mera. Om någon i sin myndighetsutövning åsidosätter vad som gäller för uppgiften kan det också utgöra tjänstefel (20 kap. 1 § BrB).

4.8 DET FINNS OCKSÅ OLIKA STANDARDSER, BRANSCHPRAXIS MED MERA

Utöver författningskrav finns det ett antal standarder, riktlinjer och likande på olika områden som berör vårdspensring. Bland annat har The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations en riktlinje för relationer mellan läkemedelsföretag och hälso- och sjukvårdsprofessionen (EFPIA code on the promotion of prescription-only medicines to, and interactions with, healthcare professionals).

I det här kapitlet fördjupar vi oss inte i dessa branschregler, eftersom vi har avgränsat oss till att här belysa författningar som är bindande för aktörerna på området. Men i kapitel 2 redogör vi för den överenskommelsen som slutits mellan SKL och läkemedels- och medicinteknikindustrin om samverkan (SKL 2014), eftersom den anses central av parterna.





Potentiella konsekvenser av vårdsporsring

Vår kartläggning ger en bild av att sponsringen kan leda till både positiva och negativa konsekvenser – både sett till patientens, vårdverksamhetens och branschernas perspektiv.

Den sammantagna bilden från intervjuerna med verksamhetscheferna är att de upplever att den typ av sponsring de tar emot i huvudsak bidrar positivt till både verksamheter och patienter. Det handlar främst om företagens bidrag med aktuell kunskap. Det framgår även att parterna anser att ett nära samarbete är en förutsättning för att både ta fram och utvärdera nya metoder och behandlingar, men också att samverkan mellan till exempel vården och företagen bidrar till ett ömsesidigt engagemang för en snabbare process för att samla in kunskap, introducera samt utvärdera metoder och behandling i vården. Parterna i överenskommelsen mellan SKL och läkemedels- och medicinteknikindustrin om samverkan beskriver också att samverkan med industrin är ett viktigt led för vårdpersonalens fortbildning och kompetensutveckling (SKL 2014).

Dialogen med patient- och brukarföreträdare ger en något mer problematiserande bild. De uppfattar att kontakter med läkemedelsföretag, oberoende om företag sponsrar vårdgivare eller patientföreningar, innebär stora risker i att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården förlorar i trovärdighet.

I det här kapitlet sammanfattar vi först de potentiella positiva konsekvenser som kommit fram i intervjuer med verksamhetschefer och i dialog med patient- och brukarföreträdare. Därefter beskriver vi några av de potentiella risker med vårdsporsring som vi har identifierat i den rättliga genomlysningen



i kapitel 4 och i SMER:s (2016), ESV:s (2002) och Statskontorets skrifter om sponsring. Våra intervjuer med verksamhetscheferna ger få konkreta exempel på negativa konsekvenser utifrån chefernas erfarenheter. Landstingens lokala policydokument och riktlinjer för vårdsporsring lyfter risker och hur anställda bör förhålla sig till dem. Men vi kan konstatera att det är ytterst komplicerat att beskriva de faktiska konsekvenserna av olika former av sponsring. Det beror bland annat på den komplexitet som kännetecknar sponsringen – till exempel att det saknas en tydlig och vedertagen definition samt strukturerad information om sponsringens innehåll.

5.1 POTENTIELLA POSITIVA KONSEKVENSER

I det här avsnittet redogör vi för vilka potentiella positiva konsekvenser av vårdsporsring som framkommit i våra intervjuer med verksamhetsföreträdare och i vår dialog med patient- och brukarföreträdare.

5.1.1 Företagens medverkan upplevs som viktig för att vårdpersonalen ska hålla sig uppdaterad med utvecklingen

Verksamhetscheferna som vi har intervjuat menar att det finns en positiv effekt av sponsring i form av lunchföredrag och utbildningar (se kapitel 3). De upplever att företagsmedverkan är ett värdefullt inslag i den kontinuerliga kompetensutvecklingen och omvärldsbevakningen. Det gäller både på vårdcentraler och sjukhuskliniker. Det är framför allt den kunskap som finns hos företagen som kommer sjukvården tillgodo och som verksamheterna upplever är svår att nå på annat sätt. Mer än hälften av de intervjuade verksamhetscheferna vid sjukhusens kliniker menar dessutom att den väsentligt minskade sponsringen av kompetensutveckling har skapat ett gap som landstingen i de flesta fall inte kunnat kompensera för.

Att etablera löpande kontakter med företagsrepresentanter beskrivs också som en fördel för att till exempel kunna ställa frågor om historiska doseringar av vissa läkemedel som används eller hålla sig ajour med teknik- och metodutveckling på sitt specialismråde (Vårdanalys 2017a). Här kan den så kallade *horizon scanningen* inom ramen för ordnat införande av nya läkemedel nämnas som ett exempel på hur samverkan mellan landstingen och läkemedelsföretagen i dag till viss del samordnas nationellt. Horizon scanning syftar till att förbereda landstingen på vilka substanser och indikationer som är på väg och hur de ska prioriteras. Läkemedelsföretagen får möjlighet att presentera vilka produkter som är på gång ut på marknaden.

Denna bild bekräftas delvis i vår dialog med patient- och brukarföreträdare. För dem är läkemedelsföretagen en av många kunskapskällor om olika sjukdomar och hur de bäst behandlas. Kunskapsinhämtningen kan ske bland annat genom sponsring av informationsträffar. I vår dialog lyfter patient- och brukarföreträdarna att de försöker vara källkritiska vid all informationsinhämtning.

Diskussionen om oberoende läkemedelsinformation och vem eller vilka aktörer som lämpligast borde axla den uppgiften ligger utanför den här kartläggningens uppdrag. Vi kan dock konstatera att behovet av oberoende information om nya läkemedel var ett av flera medskick från patienter och brukare i Vårdanalys rapport om ordnat införande av nya läkemedel (Vårdanalys 2017a).

5.1.2 Sponsringen kan skapa förutsättningar för behandling

Vår kartläggning visar att en annan positiv konsekvens av vårdsporsring kan vara att det ökar förutsättningarna för behandling av en viss patientgrupp. I intervjuerna har det framkommit exempel på sponsring som riktar sig direkt till insatser för en specifik patientgrupp och vars syfte är att stärka klinikens förutsättningar till behandling. Insamlingsstiftelser som skapas av barnsjukhus, med syftet att attrahera sponsormedel och donationer till kvalitetshöjande åtgärder i anslutning till pågående behandling är exempel på detta.

Andra exempel innebär att sponsringen direkt påverkar behandlingens tillgänglighet genom att tillföra resurser i former av vårdplatser, diagnostik eller teknisk utrustning. Till exempel ställer vissa läkemedelsbehandlingar krav på särskild diagnostik (Vårdanalys 2017a) eller, som i vårt praktikfall (se bilaga 2), krav på övervakning när läkemedelsbehandlingen inleds. Enligt de personer som vi intervjuat bidrar denna typ av sponsring till att patienterna i ökad utsträckning kan ordineras läkemedlet utan att vårdplatskapaciteten på kliniken försämras för övriga patienter.

En annan potentiellt positiv konsekvens som verksamhetschefer beskriver i detta sammanhang är att vårdverksamheten får möjlighet att pröva vilket värde en extra utrustning kan ge för kliniken som helhet. Det kan till exempel handla om att utreda om kliniken bör fortsätta att skicka patienter till andra sjukhus för en viss undersökning eller om fördelarna överväger att kunna erbjuda den på hemmaplan. Ett annat syfte kan vara utreda om ytterligare en utrustning kan påverka tillgängligheten till behandlingen på kliniken i sin helhet med befintlig personal och kompetens.



5.2 POTENTIELLA RISKER MED VÅRDSPORSRING

I kapitel 4 illustreras att det finns relativt omfattande regler som behöver beaktas beroende på sammanhanget, för att kunna hantera vårdsporsring på ett korrekt sätt. Det framgår att en avsaknad av juridiska överväganden kring vårdsporsring skulle kunna innebära olika typer av risker.

Även i skrivelsen från SMER (SMER 2016), med grund i ESV:s, Statskontorets och Prioriteringscentrums analys av sporsring, framkommer några potentiella risker med sporsring.

Riskerna handlar bland annat om att vårdverksamheten kan bli beroende av sporsringen för att kunna genomföra sina uppgifter och att sporsringsaktiviteter tar tid och resurser från vårdverksamheten, vilket kan bidra till en undanträngning av andra aktiviteter och att kraven på god ekonomisk hushållning och kostnadseffektivitet äventyras. Andra potentiella risker som lyfts är att vårdens utveckling blir mer efterfrågestyrd och att kraven på utvärdering av nya metoder i vården inte efterlevs, vilket kan äventyra efterlevnaden av kraven på god vård. Det finns även andra potentiella risker kopplat till kraven på god vård. Det handlar till exempel om att krav på trygghet, säkerhet och god kvalitet riskerar att äventyras om sporsring påverkar vårdens objektivitet och saklighet, till exempel i upphandlingar. Vi ser också möjliga risker med att konkurrensen snedvrids om sporsringen påverkar objektiviteten och sakligheten vid upphandlingar. Dessutom kan sporsringsaktiviteterna skada allmänhetens förtroende för vårdens oberoende och trovärdighet.

Andra risker som Prioriteringscentrum och SMER pekar på är att sporsringen kan åsidosätta de etiska principer som ska ligga till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården, det vill säga människovärdes-, behovs- och kostnadseffektivitetsprincipen (Sandman 2016, SMER 2016). Vi har i vår kartläggning inte kunnat besvara om vårdsporsring påverkar vårdens uppfyllelse av reglerna om prioriteringar. Vår analys nedan tangerar ändå vid vissa mer allmänna frågor om prioriteringar på olika sätt.

I följande avsnitt utgår vi ifrån några av ovanstående risker och problematiserar dem utifrån ett patient-, medborgar- och verksamhetsperspektiv. Det ska samtidigt understrykas att våra intervjuer inte gett stöd för dessa risker, med undantag för att vissa verksamhetschefer upplever sporsringserbjudanden som administrativt betungande, och patienters och brukares oro för bristande saklighet och oberoende. Vi betecknar dem därför i den här kartläggningen som potentiella risker.

5.2.1 Vissa grupper och miljöer kan vara mer attraktiva att sponsra

Företagen riktar sannolikt sina erbjudanden till de grupper och miljöer som i deras perspektiv är mer attraktiva och mer meriterande att förknippas med än andra. Det kan därmed finnas en risk för att den sponsring som förekommer särskilt kan gynna vissa patientgrupper. Sponsringen kan tillföra resurser utan att vårdverksamheten behöver ta resurser från någon annan patientgrupp. Men det behöver inte nödvändigtvis vara oförenligt med de allmänna riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården, där bland annat människors lika värde och patienternas behov ska vara utgångspunkter. Vi kan ändå inte utesluta att det finns andra grupper som har liknande behov av den här typen av insatser i samband med en sjukdomsvistelse. Om så är fallet är det attraktionskraften som avgör vilken patientgrupp som får del av sponsringen, snarare än till exempel behov.

Barnsjukvård kan exempelvis vara något som det för ett företag eller en intresseorganisation kan vara särskilt positivt att bli förknippad med. Andra patientgrupper eller sjukdomstillstånd kan vara av mindre intresse. Vi ser exempel på att en viss typ av sponsring, insamlingsstiftelser inom barnsjukvården i dag, är en etablerad bidragsform.

5.2.2 Sponsring kan bidra till omotiverade skillnader i vården

Sponsring skulle kunna bidra till en ojämlig vård där skillnaderna i vården är omotiverade, det vill säga att skillnader i behandling mellan olika landsting eller mellan olika patientgrupper inte kan förklaras av skillnader i behov. Erbjudande om att finansiera exempelvis utrustning och vårdplatser riktas inte till alla landsting. Urvalet av verksamheter eller patientgrupper för sponsring kan exempelvis påverkas av både vårdprofessionens och företagens egenintressen. Till exempel kan utbytet mellan vården och företagen styras, mer eller mindre omedvetet, mot professionens egna forskningsfält eller andra intresseområden.

Vi vet från tidigare jämlikhetsanalyser av förskrivning av läkemedel att introduktionen av behandling i vården är ojämlig, även efter kontroll av behov (Vårdanalys 2017a och 2017b). Det kan finnas flera förklaringar bakom dessa skillnader. Sponsringens eventuella bidrag till skillnaderna måste därför jämföras med andra drivkrafter bakom skillnaderna och sponsringens marginella omfattning.



En ojämlik vård kan också uppstå om sponsring av en utrustning som är vanlig i vården upphör, och verksamheten inte har beredskap för att själva kompensera för den budgetpåverkan och kompetensinhämtning (motsvarande pengar, utrustning eller personal) som sponsringen faktiskt inneburit. I en sådan situation kan finnas en risk för geografiska skillnader mellan sjukhus eller landsting.

5.2.3 Samröre med företag kan äventyra kraven på god vård

En vanlig variant av sponsring är att företagen bidrar till och medverkar i olika utbildningar eller sammankomster för att informera om nya läkemedel eller metoder samt pågående studier och forskning. DeJong med flera (2016) har visat att det finns ett samband mellan ökad förskrivning bland amerikanska läkare och sponsrade måltider av det företag som marknadsförde läkemedlet. Resultaten visar också på samband mellan fler eller dyrare måltider och en större relativ förskrivning av de marknadsförda produkterna. Studien är en observationsstudie, varför orsakerna bakom sambanden inte kan säkerställas.

Även om DeJongs med flera (2016) undersökning inte direkt kan översättas till svenska förhållanden, visar studien på en risk att sponsringen skulle kunna leda till en förskrivning som inte stämmer överens med eventuella lokala eller nationella behandlingsriktlinjer. Det visar att det kan finnas en risk att kravet på god vård skulle kunna äventyras och att man åsidosätter principerna om objektivitet, saklighet, likabehandling och likställdhet vid inköp.

De flesta av de intervjuade verksamhetscheferna upplever inga negativa aspekter av lunchföredrag. En läkare beskriver det som att även om läkarna är autonoma i sin förskrivningsrätt och ska basera sin förskrivning på vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § PSL), finns det en god kontroll av ordnat införande av läkemedel och att det hålls regelbundna läkemedelsgenomgångar. Samverkan mellan sektioner skapar också en transparens i läkemedelsanvändningen. Men en av de intervjuade verksamhetscheferna uppgav sig helst vilja ha information om läkemedel av landstingets läkemedelsenhet, eftersom den är mer objektiv.

Motsvarande risk för påverkan finns även vid val av metoder, utrustning och lokaler. Vissa typer av sponsringskontakter skulle potentiellt kunna leda till en risk för att metoder, utrustning och lokaler inte är valda i första hand utifrån vad som behövs för att kraven på god vård ska kunna uppfyllas. Snarare ha de valts för att det är sådana som råkat omfattas av

ett sponsringserbjudande, eller för att man i inköpsituationen påverkats av tidigare företagskontakter och att man känner till deras produkter eller fått en positiv bild av dem. Genom att välja att använda det sponsrande företags utrustning eller metoder, när det är frågan om sponsring som finansierar det, i stället för att genomföra en upphandling i konkurrens eller i övrigt undersöka andra alternativ på marknaden, riskerar vårdgivaren att använda utrustning som inte är anpassad utifrån behovet på ett ändamålsenligt sätt. Risken för att det uppstår den här typen av mer eller mindre omedveten påverkan behöver inte alltid framgå i samband med det aktuella sponsringserbjudandet. I stället kan riskerna uppstå vid framtida inköp om det är svårt att vara objektiva och sakliga i sin bedömning till följd av tidigare utbyten.

Risken för att bli beroende av sponsring och risken för att inte kunna kompensera för eventuella gap som uppstår när en sponsring av någon anledning upphör, innebär också risker utifrån kraven på god vård. Förutom risken för det gap i fråga om kompetensutveckling som lyfts, skulle det kunna handla om att utrustning eller vårdinsatser tas tillbaka av sponsorn vilket, åtminstone tillfälligt, skulle kunna påverka kontinuiteten och kvaliteten i vården för patienten om det uppstår ett gap som det inte kompenseras för.

5.2.4 Sponsring kan riskera att äventyra upphandlingsreglerna

Med vårdsporsring avses i den här rapporten inte upphandling. Vårdsporsring kan ändå ge upphov till vissa upphandlingsrättsliga frågor och en avsaknad av upphandlingsrättsliga överväganden kopplat till sponsring skulle i vissa fall potentiellt riskera att regelverket äventyras. Kommuner och landsting behöver ta hänsyn till att alla typer av företagskontakter, oavsett sammanhang, kan komma att ha betydelse i en eventuell upphandling som görs på det området som företaget i fråga är verksamt på. Som vi beskriver ovan finns det en risk för omedveten påverkan av sponsring, vilket måste beaktas när kraven på objektivitet, saklighet och likabehandling med mera ska säkerställas vid en upphandling.

Det kan också ibland bli aktuellt att överväga om något som framställts som ett sponsringserbjudande av sponsorn kanske i själva verket är ett sådant köp eller hyra som skulle kunna behöva upphandlas. Det skulle till exempel kunna vara fallet om sponsringens motprestation utgörs av mer omfattande reklam. Risken är att de upphandlingsrättsliga reglerna åsidosätts om dessa regler inte övervägs, vilket i förlängningen kan leda till negativa konsekvenser för den sunda konkurrensen och, som nämnts ovan, för uppfyllandet av kraven på god vård.



5.2.5 Erbjudanden upplevs som administrativt störande

Ytterligare en negativ konsekvens av vårdsporsring är att själva hanteringen av företagsförfrågningar och sponsringsavtal kan vara administrativt betungande. Intervjuade vårdcentralschefer beskriver att de får många erbjudande från företagen, vilket upplevs som administrativt störande. Det tar tid att träffa företagen och ta ställning till förfrågningar. En intervjuad vårdcentralschef beskriver att hen kastar cirka 1 kg post i veckan som avser erbjudanden från företag. Samma bild delas av patient- och brukarrepresentanter som även vittnar om ett ökat intresse från företagens sida gentemot patientföreningar i allmänhet.

Sponsringen i sig kan ta andra resurser i anspråk än de motprestationer som formulerats i avtal eller överenskommelser. För att verksamheten ska kunna tillgodogöra sig sponsringen kan det krävas administrativa resurser samt resurser i form av hälso- och sjukvårdspersonal som lägger tid på upplärning, uppföljning och rapportering. Även för den här typen av merkostnader kan det finnas anledning att överväga om dessa resurser i stället skulle kunna användas på ett annat sätt för att bättre uppfylla de krav och riktlinjer som finns för prioriteringar i hälso- och sjukvården, kostnadseffektivitet och en god ekonomisk hushållning av vårdens resurser.

5.2.6 Allmänhetens förtroende för vårdens oberoende och trovärdighet kan påverkas

En potentiellt allvarlig risk med vårdsporsring är att den kan påverka patienters och allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är grunden för hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet och en förutsättning för effektivitet, eftersom det underlättar samspelet mellan medborgarna och hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Förtroendet för hälso- och sjukvården är stort i Sverige och har varit det under lång tid (Vårdanalys 2018).

Många olika faktorer påverkar patienters och medborgares förtroende för hälso- och sjukvården. Forskningen visar bland annat att värderingar som opartiskhet, saklighet, öppenhet och transparens är viktiga för förtroendet (Vårdanalys 2018).

Brister kopplade till dessa principer riskerar att leda till olika negativa konsekvenser som ytterst påverkar förtroende för den offentliga förvaltningen. Om det råder en otydlighet i vilka företagskontakter en viss vårdgivare har, kan funderingar uppstå om ifall skattemedlen används på det mest ändamålsenliga och effektiva sättet, om prioriteringarna av olika

vårdinsatser förskjuts, patient- och medborgarperspektivet inte tas tillvara på bästa sätt och konkurrensen snedvrids. Om principerna om opartiskhet, saklighet, öppenhet och transparens äventyras, riskerar det ytterst att drabba patienterna, eftersom det kan leda till att de inte får en sådan god och säker vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet som lagstiftningen kräver.

De patient- och brukarföreträdare vi har varit i kontakt med lyfter bland annat sin oro för att sponsring av hälso- och sjukvården riskerar att försämra patienternas och medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården. De ställer sig frågande till hur man som enskild patient ska kunna veta av vilka skäl läkaren föreslår en viss åtgärd – patientens bästa eller finns andra lojalitetsband som inte är offentliga?





Slutsatser

I det här kapitlet sammanfattar vi våra slutsatser och ger vår sammantagna bedömning av förekomsten av vårdsporsring och dess potentiella konsekvenser. Kapitlet avslutas med en kort reflektion om det fortsatta arbetet med vårdsporsring.

6.1 DET FINNS SVÅRIGHETER ATT KARTLÄGGA VÅRDSPORSRINGENS OMFATTNING OCH KONSEKVENSER

Det saknas förutsättningar för att följa upp hur vanligt det är med olika typer av sporsring i vården. Orsakerna till det är flera. Det saknas standarder för hur olika typer av sporsring definieras, klassificeras och rapporteras inom landstingen, vilket försvårar uppföljningen. Vår kartläggning visar även att eventuella överenskommelser och avtal om sporsring inte är systematiserade och sökbara inom landstingen. Flera landsting har dessutom ingen central funktion som har överblick av de företags- och samarbetskontakter som äger rum i de kartlagda landstingen. Besluten om sporsring tas i stället på olika nivåer i landstingens organisation, vilket ytterligare försvårar uppföljningen.

Bristen på strukturerad information om sporsringens innehåll och omfattning innebär också betydande begränsningar i möjligheten att beskriva de faktiska konsekvenserna av olika former av sporsring. Även om konsekvenser kan utläsas, kan det vara svårt att avgöra om dessa bidrar positivt eller negativt till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och i förlängningen till dem som vården är till för – patienterna. En viss sporsring kan ofta ha både för- och nackdelar: Ett sporsringserbjudande som i det korta perspektivet är positivt genom att det tillgodoser klinikens behov av till exempel kompetens, kan på längre sikt ge negativa



konsekvenser som äventyrar prioriteringarna i vården genom att grunderna för dessa inte beaktas.

6.2 INGET TECKEN PÅ ATT SPONSRINGEN BLIVIT VANLIGARE – SNARARE TVÄRTOM

Vårdsponsringen upplevs enligt samtliga intervjuade verksamhetschefer ha minskat avsevärt både i frekvens och i omfattning sedan början av 2000-talet – en bild som också delas av företrädare från intervjuade branschorganisationer. Frågan om sponsring och umgängesregler mellan vårdgivare och företag har under den perioden varit föremål för uppmärksamhet både nationellt och lokalt. Överenskommelser mellan SKL samt läkemedels- och medtechbranscherna har utvecklats och blivit mer styrande och allt fler landsting har utvecklat lokala policyer eller riktlinjer om hur sponsring i vården ska hanteras. Bedömningen är att chefer i dag är mycket mer uppmärksamma på sponsringserbjudanden än tidigare och i de flesta fall utövar en styrning av hur dessa ska bedömas.

Sponsringens omfattning i vården, det vill säga det utbyte som sker genom sponsring i vården, upplevs av verksamhetscheferna som marginell. Vanligast är finansiering av utbildningar och lunchföredrag, men omfattningen mellan verksamheterna varierar. Även kompetensutvecklingsinsatserna upplevs vara betydligt ovanligare än för ett antal år sedan.

Vid intervjuerna framgår det att verksamhetschefer på sjukhuskliniker och vårdcentraler tackar nej till erbjudanden från företag. Antalet erbjudanden är alltså fler än vad som faktiskt tas emot i vården. Vad gäller frekvensen i företagens förfrågningar om sponsring uppfattar man inom sjukhusvården att företagen visar en försiktighet i sättet att närma sig vården, medan verksamhetscheferna inom primärvården uppfattar företagen som relativt offensiva.

Företrädare för patient- och brukarorganisationerna uppfattar att uppvaktningarna från företagen har ökat i antal de senaste åren och precis som vårdgivarna har även patient- och brukarföreträdare blivit mer restriktiva i sitt förhållningssätt till företagens erbjudanden.

6.3 SPONSRINGEN FÖRVÄNTAS INTE ÖKA I SIN NUVARANDE FORM MEN KAN TA ANDRA FORMER

Det finns inget i vår kartläggning som direkt tyder på att vårdsponsringen kommer att öka i sin nuvarande form. Upplevelsen från intervjuerna med

verksamhetscheferna är snarare att sponsringen kommer att fortsatt minska. Samtidigt framkommer i dialogen med branschorganisationerna och representanter för patienter och brukare att sponsringen sannolikt kommer att ta andra former framöver – främst till följd av hälso- och sjukvårdens utveckling.

Den utveckling som sker inom till exempel cancerläkemedelsområdet med nya målinriktade läkemedel ökar behovet av mer avancerad diagnostik för att ta fram individuellt anpassade läkemedelsbehandlingar (Vårdanalys 2017b). Den utvecklingen kan bidra till att inslaget av sponsringserbjudande av vårdinsatser för en specifik patientgrupp (kategori 4 i kap. 3) kan bli vanligare i takt med att behovet av nya metoder och kompetenser ökar. Trenden mot allt tidigare godkännande av läkemedel för att patienter med medicinskt uttalade behov ska få tillgång till nya behandlingar pekar i samma riktning. Möjligheten till uppföljning av behandlingsresultat för fortsatt godkännande av nya läkemedel kan i sådana fall vara en drivkraft till nya former av utbyten och sponsring mellan den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och företag.

En rimlig bedömning är alltså att innehållet i sponsringen kommer att förändras i takt med hälso- och sjukvårdens och regelverkens utveckling. Vad sponsringens framtida innehåll kommer att bestå av går däremot bara att spekulera om, men sannolikt kommer sponsringen att följa de utvecklingstrender som kan ge vården andra förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Det handlar om kunskaps- och teknikutveckling som kan leda till nya sätt att bedriva vård och omsorg – inte bara i vården utan också i patientens hem. Det handlar också om utvecklingen mot ökad patient- och brukarcentrering med syftet att stärka kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Patient- och brukarrepresentanter upplever att företagen är allt mer intresserade av patienterna, eftersom de upplevs ha blivit en allt större maktfaktor inom vården.

6.4 EN RÄTTSLIG BEDÖMNING AV SPONSRINGEN MÅSTE GÖRAS UTIFRÅN OMSTÄNDIGHETERNA I DET ENSKILDA FALLET

Det finns ingen enskild författning som specifikt tar sikte på vårdsporsring och det juridiska landskapet är omfattande. Vår kartläggning visar att ett antal författningar på olika rättsområden gemensamt sätter upp ramar för vilken vårdsporsring som är möjlig. Eftersom sponsringen kan ta många olika former samtidigt som olika detaljer ofta skiljer olika sponsringssituationer från varandra, är det de specifika omständigheterna i varje enskild situation



som avgör vilka författningar som är relevanta att beakta i en enskild sponsringsituation.

Exempelvis är det enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen till stor del upp till huvudmän och vårdgivare att organisera och utforma hälso- och sjukvården utifrån sina lokala förutsättningar. Även den kommunala självstyrelsen kan innebära att vårdspansringsfrågor hanteras på något olika sätt i olika landsting. Det gör att förekomsten av sponsring kan se olika ut på olika håll och att olika huvudmän och vårdgivare har olika konsekvenser och risker att förhålla sig till.

De författningar som har belysts i den här rapporten lär i många fall vara relevant att beakta för dem som på olika sätt arbetar med vårdspansring. Att få en sammanhållen bild av vad som rättsligt gäller vid vårdspansring rent generellt är inte helt lätt. Förekomsten av sponsring kan se olika ut på olika håll, och olika huvudmän och vårdgivare har olika konsekvenser och risker att förhålla sig till. Vilka författningar som aktualiseras kopplad till en sponsringsituation måste därför bedömas i varje enskilt fall.

Att författningarna är många ska inte ses som att sponsring inte får förekomma, i stället krävs en aktiv rättstillämpning där det avgörs vad som kan tas emot och inte.

6.5 AVSLUTANDE REFLEKTION

Utbytet av kunskap och kompetens mellan vården och företagen uppfattas av de vi har intervjuat i vår kartläggning som en av vårdspansringens positiva egenskaper. Samtidigt finns det verksamhetschefer som tackar nej till dessa sponsringserbjudanden för att de ser en risk att deras relationer med företag kan äventyra kraven på opartiskhet och saklighet. Även företrädare för patienter och brukare beskriver att de har en allt mer restriktiv hållning till olika typer av relationer med företagen.

Mot bakgrund av de utmaningar som vården och omsorgen står inför – inte minst till följd av den demografiska utvecklingen – ställs krav på nytänkande och innovationer inom hälso- och sjukvården. SKL betonar att vägen dit bygger på att ta vara på samverkan med "omvärlden" (SKL 2018a). Förutom att patienter och medborgare är en viktig resurs i ett sådant utvecklingsarbete, beskrivs också universitet, ideella organisationer och näringslivet som katalysatorer för vårdens verksamhetsutveckling. Tillväxtverket har också efterfrågat möjligheter till mer strategiska samarbeten för att göra den offentliga sektorn mer innovativ samtidigt som den offentliga sektorn kan användas för näringslivsutveckling (Tillväxtverket

2016). Vi gör därför bedömningen att det är angeläget att ta tillvara sponsringens positiva egenskaper för kunskapsutbyte.

Utvecklad lokal kompass krävs i en alltmer komplex verklighet

Vår kartläggning visar att vårdsporsringen troligtvis kommer att ta andra vägar framöver i takt med den allmänna utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Eftersom sponsringen kan ta många former och olika detaljer ofta skiljer olika sponsringssituationer från varandra, är det de specifika omständigheterna i varje enskilt fall som avgör vilka lagar som är relevanta att beakta i bedömningen av erbjudandet. Detta ställer i sin tur höga krav på att styr- och stöddokument utvecklas för att kunna hantera de olika typer av sponsringssituationer som uppstår. Samtliga parter måste också vara medvetna om behovet, fördelarna och riskerna med sponsring. Otydlighet och okunskap om vad som är tillåtet kan riskera att hämma innovationskraften och ytterst riskera att regelbrott begås.

På grund av sponsringens komplexitet och marginella omfattning är det angeläget att landstigen tar vara på de initiativ som tagits för att kunna dra lärdomar av dessa i sitt fortsatta arbete med överenskommelser om vårdsporsring. Med bättre kännedom om vilka stöd som finns i form av överenskommelser och policyer kan behovet av fortsatt kunskapsutbyte mellan olika aktörer tas tillvara på ett mer ändamålsenligt sätt. Men vissa former av sponsring kommer vara mindre lämpade för övergripande stöddokument, utan måste i stället bedömas från fall till fall. För dessa kan adekvat stöd av personer med olika kompetenser behöva finnas, för att kunna bedöma möjligheter och förutsättningar i det enskilda fallet. I en sådan bedömning är det angeläget att särskilt inkludera vårdsporsringens eventuella påverkan på längre sikt på exempelvis upphandling av leverantörer av varor eller tjänster.

Ökad transparens förebygger risker och tar vara på möjligheterna med vårdsporsring

Vår kartläggning visar att öppenhet och transparens om förekomsten av vårdsporsringen är angelägen, för att inte äventyra allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården och vårdpersonalen. Vi gör därför bedömningen att det behövs en bättre lokal överblick över omfattningen av vårdsporsring. Ökad kännedom om omfattningen och vilka former vårdsporsring tar kan skapa en trygghet i organisationen. Det ger landstingen möjlighet att utveckla och revidera policyer och regelverk samt följa utvecklingen, vilka eventuella nya former som sponsringen tar och om sponsringen får några effekter på prioriteringar och verksamhetsutveckling.





Referenser

- Andersson, C. (2015). *Utveckling av samverkansregler mellan hälso- och sjukvården och näringslivet. Samverkan och krishantering i fält av legitimitet*. Tillgänglig: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:784670/FULLTEXT01.pdf>. Hämtad 2018-09-21.
- DeJong, C., Aguilar, T., Tseng, C.-W. m.fl. (2016). *Pharmaceutical industry-sponsored meals and physician prescribing patterns for Medicare beneficiaries*. JAMA Interna Medicine, 176, s. 1114–22.
- ESV – Ekonomistyrningsverket (2002). *Sponsring som finansieringskälla? En vägledning för statliga myndigheter*. ESV 2002:15.
- Friberg, S. (2014). *Brottsbalk (1962:700) 10 kap 5 a§*, Lexino 2014-04-13. Hämtad 2018-09-14.
- NOU – Nämnden för offentlig upphandling (2003). *LOU:s tillämplighet vid sponsring av varor och tjänster till statliga myndigheter*. Tillgänglig: <http://www.konkurrensverket.se/upload/NOU-arkiv/pdf/2003-0039.pdf>. Hämtad 2018-09-17.
- Sandman, L. och Carlsson, P. (2016). *Är vård sponsring förenligt med den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvård?* Rapport 2016:1 Prioriteringscentrum Linköpings universitet.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Samverkanskraft, innovationsledning*. Tillgänglig: <https://skl.se/naringslivarbete-digitalisering/forskningochinnovation/innovation/innovationsledning/samverkanskraft.4844.html>. Hämtad 2018-08-10.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018b). *Sektorn i siffror. Landstingens kostnader och intäkter 2017*. Tillgänglig: <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/sectornisiffror/diagramfor-landstingen.1883.html>. Hämtad 2018-08-23.

- SKL, LIF, Swedish Medtech, Swedish Labtech (2014). Överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin. Tillgänglig: skl.se/download/18.44005cb8144f9bc8731773df/1398165242054/%C3%96verenskommelse+om+samverkansregler+inom+d en+offentligt+finansierade+h%C3%A4lso-och+sjukv%C3%A5rden_1.pdf. Hämtad 2018-08-22.
- SMER – Statens medicinsk-etiska råd (2016). *Sponsring av offentligt finansierad hälso- och sjukvård – etiska aspekter*. Skrivelse till Socialdepartementet 2016, Dnr Komm/2016/01950/S1985:A.
- Socialdepartementet (2017). *Uppdrag om sponsring av offentligt finansierad hälso- och sjukvård*. S2016/07297/FS S2017/04556/FS (delvis).
- Statskontoret (2003). *Klara villkor för sponsring av statlig verksamhet*. Statskontorets rapportserie 2003:22.
- Tillväxtanalys (2016). *Hänt i världen våren 2016 – Innovation i offentlig sektor*. Rapportserien Svar direkt 2016:07.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Ordning i leden? Utvärdering av ordnat införande av nya läkemedel*. Rapport 2017:5.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Cancerläkemedel. Ett kunskapsunderlag om införande, användning och uppföljning*. Rapport 2017:8.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport 2018:4.



BILAGA 1 – METOD

Rapporten bygger i huvudsak på intervjudata kompletterat med analys av styrdokument för sponsring. Vi bedömde att enkäter var mindre ändamålsenligt, eftersom det varit viktigt att kunna fånga olika aspekter på samarbeten mellan den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och företagen, och anpassa följdfrågorna efter situationen. Kartläggningen av förekomsten har skett enligt vad som skulle kunna benämnas som en induktiv metod. Metoden och urvalet har gjorts stegvis i takt med att vi hämtat kunskap om undersökningsområdet och förutsättningarna i utvalda landsting.

Inventering av landstingens sponsringsmedverkan

I ett första steg inventerade vi vilka styrdokument (policyer, riktlinjer eller andra rutiner) som landstingen har när det gäller sponsring eller andra typer av företagssamverkan. Genom kontakt med registratorerna i samtliga landsting efterfrågade vi sådana styrande dokument utifrån ett antal nyckelord: bidrag, donationer, ekonomiskt samarbete, etiska riktlinjer/uppförandekod, extern finansiering/avtal, extern samverkan/aktörer, representation, sponsring och överenskommelser. Vi fick svar från 20 landsting och analyserade dokumenten utifrån innehåll.

Vi valde sedan ut sex landsting med geografisk och storleksmässig spridning, för att fånga olika förutsättningar: Västerbottens läns landsting, Region Västernorrland, Dalarnas läns landsting, Region Östergötland, Västra Götalandsregionen och Blekinge läns landsting.

Utifrån information i styrdokumenterna och vår förförståelse valde vi en till två centrala funktioner per landsting ut för en första kartläggande

kontakt. Syftet med dessa kontakter var att ta reda på var i organisationerna kunskapen om förekomsten av olika former av företagssamverkan finns. Totalt genomfördes 16 inledande intervjuer i de sex landstingen. De centrala funktionerna som kontaktades var: upphandlingsstrateg, upphandlingschef, kommunikationsdirektör, divisionschef, klinikassistent, controller, vård- direktör, vd för innovationsbolag, revisionschef och stabschef. De inledande intervjuerna syftade till att ge en bredd till undersökningsområdet, eftersom det saknas en vedertagen definition av sponsring. För att undvika att begränsa innebörden av begreppet till eventuella associationer som intervjupersonerna redan hade användes flera begrepp och exempel för att tydliggöra syftet med kartläggningen.

I de inledande intervjuerna ställde vi följande frågor:

1. På vilken nivå i organisationen behandlas frågor om företagssamverkan, samarbetsprojekt med företag eller intresseorganisationer, utbytesavtal, sponsring, bidrag och donationer?
2. Finns det en övergripande funktion som större samarbeten ska gå igenom? Om så, vilken?
3. Om inte, vilka funktioner anser du att vi bör prata med för att skapa oss en bild av förekomsten av samverkan och samarbeten med företag och organisationer i landstinget/regionen?
4. Vilken roll fyller t.ex. jurist, upphandlingschef, kommunikationsdirektör och landstings-/regiondirektör i dessa frågor?

De inledande intervjuerna visade tydligt att det inte finns någon central funktion i landstingen som har överblick eller samlad dokumentation av de företags- och samarbetskontakter som äger rum i de kartlagda landstingen. Det framkom att avtal och överenskommelser om samverkan med företag bedömdes ske på klinikinivå. Därför blev nästa steg att intervjua ett antal verksamhetschefer vid sjukhus och vårdcentraler.

Intervjuade verksamhetschefer

De inledande kartläggande samtalen pekade på att graden av uppvaktning från företag och andra sponsorer/intressenter varierar mellan olika specialiteter. Därför valde vi ut olika specialiteter för vidare kontakt, vilket ledde till intervjuer med chefer för olika specialiteter inom de sex landstingen. Totalt genomförde vi 22 intervjuer med verksamhetschefer inom utvalda kliniker.

Landsting	Sjukhus	Kliniker
Västra Götaland	Sahlgrenska sjukhuset	Kirurgi Onkologi Plastikkirurgi
Västra Götaland	Skaraborgs sjukhus	Ögon
Östergötland	Universitetssjukhuset i Linköping	Kirurgi Kardiologi Radiologi
Östergötland	Lasarettet i Motala – Aleris	Ortopedi – operation
Västerbotten	Norrlands universitetssjukhus	Ortopedi Bild- och funktionsmedicin Laboratoriemedicin
Västernorrland	Specialistvården Region Västernorrland	Barn- och ungdomspsykiatri Kardiologi Anestesi/operation
Blekinge	Blekingesjukhuset	Ögon Laboratoriemedicin/MTA Anestetikliniken Medicin
Dalarna	Falu lasarett	Medicin Barn- och ungdomsmedicin
Västra Götaland	Carlanderska sjukhuset Göteborg	Ortopedisk specialistvård
Västra Götaland	Drottning Silvias barnsjukhus	Barnmedicin

I vart och ett av de sex landstingen har två vårdcentraler valts ut med ambitionen att få spridning i driftsform och geografiskt läge tätort–glesbygd. Privata vårdcentraler finns inte i Västerbottens läns landsting. Valet har sedan varit slumpmässigt och i de fall vi kontaktat en vårdcentral utan att få återkoppling har vi kontaktat en annan vårdcentral som uppfyller samma kriterier. Totalt genomfördes 11 intervjuer med verksamhetschefer för vårdcentraler.

Vårdcentral	Landsting	Driftsform
Sölvesborgs/Olofströms vårdcentral	Blekinge	Landstingsdrivna
Hälsöhuset Karlskrona	Blekinge	Privat
Capio vårdcentral Berga	Östergötland	Privat
Lextorp vårdcentral	Västra Götaland	Privat
Frölunda vårdcentral	Västra Götaland	Landstingsdriven
Falu vårdcentral	Dalarna	Privat
Gagnef vårdcentral	Dalarna	Landstingsdriven
Centrum, Gilleberget och Södra Sundets hälsocentraler	Västernorrland	Landstingsdrivna
Sundsvalls hälsocentral	Västernorrland	Privat
Vilhelmina sjukstuga	Västerbotten	Landstingsdriven
Holmsunds hälsocentral	Västerbotten	Landstingsdriven

I intervjuerna med verksamhetscheferna ställde vi följande frågor:

1. *Har din vårdcentral/klinik fått något erbjudande om samverkan, sponsring eller utbyte i någon form? (Gäller privata företag, intresseorganisationer, stiftelser, branschorganisationer m.fl.)*
 - a. Försök att få en bild av de senaste tre åren och försök att fånga exempel.
2. *Om ja, vilken typ av motprestation/förväntan/utbyte har det då varit fråga om?*
 - a. Om ja, har ni haft någon nytta av det alternativt negativ konsekvens?
 - b. Finns det någon typ av sponsring/företagskontakt ni är beroende av?
3. *Har det förekommit erbjudanden om sponsring som ni tackat nej till?*
 - a. Antingen att ni sagt nej på verksamhetsnivå eller att en högre instans sagt nej till erbjudandet.
 - b. Motivet till att ni tackat nej?
4. *Vet du hur du ska agera om det kommer ett sådant erbjudande?*
 - a. Om ja, vad grundar du det på?
 - b. För de landstings som har en policy: Känner ni till att det finns en policy på området?
5. *Är sponsring/företagskontakt/samverkan något som har ökat eller minskat?*
 - a. Tror ni att det kommer att öka i framtiden?
 - b. Tror ni att förekomsten ser ungefär likadan ut vid andra sjukhus/landsting när det gäller ditt verksamhetsområde?
6. *Har några etiska eller juridiska överväganden gjorts i samband med att beslut tagits om samverkan eller sponsring?*
 - a. Om ja, vilka avväganden?

Indelning i kategorier

Utifrån de exempel på vårdsporsring som framkommit under intervjuerna framträder fyra kategorier. De egenskaper som använts för att göra indelningen är följande:

- Innehåll i sponsringen, ”prestationen”
 - Finansiering i form av medel
 - Utrustning
 - Kompetens
- Motprestation
 - Synlighet/möjlighet till marknadsföring
 - Kunskapsöverföring

- Initiativtagare
 - Företag/organisation/stiftelse
 - Specifika verksamheter inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård
- Primär målgrupp
 - Direkt patientnytta
 - Indirekt patientnytta (riktas främst mot personal)

Av indelningskriterierna har innehållet i sponsringen, ”prestationen”, dvs. vad samarbetet avser, varit det primära för att särskilja kategorierna från varandra.

Val av praktikfall i bilaga 2

Praktikfallen har valts från de exempel på sponsring som identifierats respektive kategori. Inom två kategorier har vi bara hittat ett exempel. Ambitionen har varit att praktikfallen ska representera en spridning mellan de kartlagda landstingen och, om möjligt, mellan specialiteter.

Övriga intervjuer

Konsekvenserna av sponsring har diskuterats med en grupp representanter ur Vårdanalys patient- och brukarråd. Vi har också intervjuat representanter för LIF, Swedish Medtech och SKL.

Intervjuade personer inom landstingen:

Namn	Funktion	Landsting
Anders Grawé	Verksamhetschef barn- och ungdomsmedicin, Falu lasarett	Landstinget Dalarna
Anna Erlander	Verksamhetschef hand- och plastikkirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen
Annica G Scott	Verksamhetschef medicinkliniken, Falu lasarett	Landstinget Dalarna
Birgitta Friberg	Enhetschef anestesikliniken, Blekingesjukhuset	Landstinget Blekinge
Christer Söderström	Verksamhetschef Clinical Trial Center, Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen
Conny Wallon	Verksamhetschef kirurgi, Universitetssjukhuset i Linköping	Region Östergötland
Dan Näslund	Verksamhetschef primärvården område Sundsvall/Härnösand	Region Västernorrland
Erik Johnsson	Verksamhetschef, VO Kirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen
Ewa Lassén	Verksamhetschef laboratoriemedicin, Norrlands universitetssjukhus	Västerbottens läns landsting
Eva-Lena Zetterlund	Produktionsenhetschef Sinnescentrum, Universitetssjukhuset i Linköping	Region Östergötland

forts.

Bilagor

forts.

Namn	Funktion	Landsting
Göran Åström	Verksamhetschef medicinkliniken, Blekingesjukhuset	Landstinget Blekinge
Henrik Hugo	Inköpsstrateg, Universitetssjukhuset i Linköping	Region Östergötland
Johanna Svensson	Verksamhetschef onkologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalandsregionen
Jörgen Strinnholm	Verksamhetschef bild- och funktionsmedicin, Norrlands universitetssjukhus	Västerbottens läns landsting
Karin Florén	Verksamhetschef, Vårdcentralen i Gagnef	Landstinget Dalarna
Karin Svensson	Enhetschef bedömningsmottagningen BUP, Länssjukhuset i Sundsvall	Region Västernorrland
Lena Andersson	Verksamhetschef Lextorpvårdcentral, Trollhättan	Västra Götalandsregionen
Lena Frändberg	Enhetschef anestesi/ operation, Aleris specialistvård Motala	Region Östergötland
Magnus Janzon	Verksamhetschef kardiologi, Universitetssjukhuset i Linköping	Region Östergötland
MaiGreth Abramsson	Verksamhetschef Vilhelmina sjukstuga	Västerbottens läns landsting
Maria Ahlgren	Verksamhetschef, Medicinkliniken Carlanderska sjukhuset	Västra Götalandsregionen
Olof Tegsjö	Verksamhetschef, Capio vårdcentral Berga	Region Östergötland
Per Johansson	Verksamhetschef ögonkliniken, Blekingesjukhuset	Landstinget Blekinge
Rebecca Oscarsson	Verksamhetschef ÖNH/ögon/käkkirurgi och logoped, Skaraborgs sjukhus	Västra Götalandsregionen
Richard Norling	Ordförande Insamlingsstiftelsen för Drottning Silvias barnsjukhus	Västra Götalandsregionen
Ronny Lestander	Verksamhetschef Holmsund-Obbola hälsocentraler	Västerbottens läns landsting
Stina von Post	Verksamhetschef, Falu vårdcentral	Landstinget Dalarna
Susanne Nilsson	Enhetschef operationsavdelningen, Länssjukhuset i Sundsvall	Region Västernorrland
Thomas Lundberg	Biträdande verksamhetschef, Bild- och funktionsmedicin, Norrlands universitetssjukhus	Västerbottens läns landsting
Tomas Enegren	Verksamhetschef vårdcentralen Hälsöhuset, Karlskrona	Landstinget Blekinge
Ulrica Bergström	Verksamhetschef, Rörelseorganens centrum Norrlands universitetssjukhus	Västerbottens läns landsting

Andra intervjuade personer:

Namn	Organisation
Anna Lefevre Skjöldebrand	Swedish Medtech
Karolina Antonov	LIF
Mikael Svensson	SKL
Gunilla Thörnwall Bergendahl	SKL
Barbro Sjölander	Nätverket mot gynekologisk cancer
Eskil Degsell	Svenska hjärntumörföreningen
Hans-Inge Persson	Närstående-representant i Vårdanalys patient- och brukarråd
Ulla Adolfsson	Autism- och aspergerförbundet
Anders Gustafson	Funktionsrätt Sverige
Mariitha Sedvallson	Astma- och allergiförbundet
Farhad Mazi Esfahani	Hiv Sverige
Lise Lidbäck	Neuroförbundet

BILAGA 2 – PRAKTIKFALL

Praktikfall 1: Lunchföredrag vid medicinkliniken i landstinget x

Vid medicinklinikens olika sektioner genomförs lunchföredrag, som kan rikta sig både till läkare och sjuksköterskor. Tillfällena anordnas cirka en gång per månad och sektion inom kliniken, även om det kan variera över tid. Klinikchefen anger att det är en vanlig samverkansform inom verksamheten.

Föredragen genomförs av läkemedelsföretag under cirka en timme och kan inkludera en lunch som företaget bjuder på, alternativt att deltagande personal tar med egen lunch. Föredragen informerar om nya läkemedel eller pågående forskning. Landstinget står för samordning och lokal, vilket hanteras och beslutas av sektionsansvarig överläkare. Om föredraget riktar sig till sjuksköterskor och undersköterskor fattas beslutet av vårdenhetschefen. Klinikchefen får information, men deltar inte i beslutet.

Tillfällena kan initieras av både företagen och landstinget, även om det enligt klinikchefen till övervägande del är företagen som tar kontakt. Sektionsansvarig överläkare eller vårdenhetschef kan ta kontakt med företag där det finns ett etablerat samarbete om det bedöms finnas relevant information att ta del av. Det varierar vilka företag som håller föredrag, även om vissa kan återkomma under en tidsperiod.

Det upprättas inget avtal för dessa lunchföredrag, utan formerna bestäms via muntlig överenskommelse eller e-postkorrespondens.

Motprestationen för landstinget är enligt den intervjuade klinikchefen synlighet för företagen och en möjlighet att marknadsföra deras produkter och tjänster. Klinikchefen anser att det finns ett kritiskt förhållningssätt bland medverkande läkare och sjuksköterskor om den företagsinformation som förmedlas. Men klinikchefen anger att de inte gör några särskilda etiska eller juridiska överväganden knutet till föredragen, eftersom de anser sig inrymmas i SKL:s samverkansregler.

Praktikfall 2: Lån av OCT-utrustning vid sjukhus x

Ögonkliniken vid sjukhus X har under en begränsad tidsperiod fått låna utrustning för ögonbottenundersökning (OCT) av ett läkemedelsföretag. Företaget säljer inte sådan utrustning, men däremot läkemedel som eventuellt kan förskrivas vid vissa sjukdomstillstånd som kan diagnosticeras genom en ögonbottenundersökning. Klinikens motprestation är bemanning av utrustningen.

Syftet med ögonklinikens avtal med läkemedelsföretaget är att utvärdera om en ökning av antalet OCT-utrustningar skulle påverka tillgängligheten till diagnostik och behandling vid klinikens mottagningar. Klinikens utvärdering av utrustningen ledde senare till att kliniken köpte in en egen OCT-utrustning. Kliniken anger att de inte gjort några specifika etiska överväganden inför utvärderingen av den diagnostiska metoden.

Praktikfall 3: Insamlingsstiftelse vid barnsjukhus

Insamlingsstiftelser förekommer vid barnsjukhus för att administrera och attrahera donationer och olika typer av sponsorer. Stiftelsen för det specifika barnsjukhuset har i uppdrag att skapa trivsel, underlätta sjukhusvistelse, påskynda rehabilitering samt att stödja utveckling och forskning. I stadgarna framgår även att stiftelsen inte ska ”ge stöd till sjukhusets normala drift”. Målgrupperna är barn och ungdomar, familjer och personal. Verksamheten bedrivs med två deltidsanställda och är kopplad till ett 90-konto.

För att sjukhuset ska få ta del av stiftelsens medel krävs en ansökan. Initiativ kan komma från alla medarbetare och ansökan ska vara avstämd med sjukhusets ledningsgrupp. I stadgarna står det att det räcker med att ansökan ska vara avstämd med avdelnings- eller verksamhetschefen.

Donationer och bidrag kommer från både enskilda personer och företag. Vissa bidrag är generella till stiftelsens ändamål, andra kan vara riktade mot vissa projekt eller åtgärder.

Bidragen kan antingen vara pengar eller in natura-medel. Exempel på hur stiftelsens medel har använts:

- Syskonstödjare – två personer som stöttar syskon till patienterna
- Barnakuten – behandlingsrum och väntrum i djungeltema på barnakuten
- Kliniskt träningscentrum – ett särskilt rum för introduktion och utbildning av teknisk apparatur ska hjälpa personal och föräldrar att på ett säkert sätt hantera den medicinska utrustningen.

Motprestationen går ut på att donatorerna och bidragsgivarna erbjuds synlighet på olika sätt. Företag kan under reglerade former få tillstånd att i deras varumärkeskommunikation ange att de är bidragsgivare till barnsjukhuset. Stiftelsen kan å sin sida begära att de ska få visa sitt varumärke vid arrangemang som sponsorn arrangerar. I sjukhusbyggnaden där lokalmässiga åtgärder har gjorts med stiftelsens medel framgår det att

det är finansierat av stiftelsen och vid de större projekten presenteras också vilka som är de största bidragsgivarna.

Praktikfall 4: Sponsring av vårdplatser i neurosjukvården

Vid neurologiska kliniken på det specifika universitetssjukhuset behandlas patienter med MS. Läkemedelsbehandling sker vanligtvis intravenöst men kan under vissa förutsättningar ske i tablettform med läkemedlet Gilenya. Enligt europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) rekommenderas utökad övervakning av hjärtrytm och blodtryck vid den första dosen. Övervakningen sker på vårdplatser med speciell telemetriutrustning, som är begränsade till antalet.

Från och med januari 2015 ingick sjukhuset ett sponsringsavtal med ett företag för att få tillgång till uppföljningsplatser vid Clinical Trial Center (CTC) för just den här patientgruppen. I sponsringsavtalet ingick även hjärtsjuksköterskor som övervakade patienterna. När observationsplatserna betalades av företaget var motprestationen enligt de intervjuade läkarna att neurologerna vid kliniken skulle förskriva det aktuella läkemedlet.

Upplägget vid universitetssjukhuset var unikt i Sverige. Efter att avtalet uppmärksammats i media tog neurosjukvården själva över kostnaderna för de extra uppföljningsplatserna.

Vid intervjun anges att etiska överväganden har varit avgörande för att justera upplägget från sponsring till att vården betalas av landstinget.

BILAGA 3 – LIF:S SAMARBETSDATABASER

Läkemedelsindustriföretagen LIF har cirka 90 medlemsföretag, som tillsammans står som tillverkare av cirka 80 procent av alla läkemedel som säljs i Sverige (www.lif.se). Som ett led i läkemedelsbranschens arbete för att skapa tydlighet och öppenhet för olika former av samverkan mellan företagen och vården finns på LIF:s webbplats en samarbetsdatabas, där läkemedelsföretagen redovisar kontakter med vård- och intresseorganisationer. Medlemsföretagen ansvarar för att företagets avtal och överenskommelser registreras i databasen. Data är tillgängliga på webbplatsen i tre år. I dag har databasen tre ingångar:

Ingången Intresseorganisationer påbörjades 2004 och data för de tre senaste åren är tillgängliga, tillsammans ungefär 1 000 poster. I varje post framgår vilka samverkansaktiviteter som läkemedelsföretagen deltar i tillsammans med patient- och intresseorganisationer. I databasen finns information om syfte, innehåll och ekonomiskt värde av samverkansaktiviteterna. För varje samarbete redovisas projektets namn, de ingående parterna, tidplan för projektet, en kortfattad projektbeskrivning, hur mycket medel företaget stöttar projektet med och kontaktpersoner. Aktiviteterna i den här ingången faller utanför vår kartläggning.

Ingången Samarbetsprojekt innehåller redovisningar av läkemedelsföretagens samarbeten med hälso- och sjukvården, så som samarbeten definieras i överenskommelsen med SKL 2014. I många fall innebär samarbetena att läkemedelsföretagen stöttar klinikerna med kompetens och medel för att utveckla arbetsformer och rutiner, patientstöd samt kvalitetsarbete.

I samarbetsprojekt ska det alltid finnas ett avtal och en projektplan. Den här ingången i databasen initierades 2011 och sedan dess har innehållet utvecklats, bland annat som en följd av förändringar i överenskommelserna mellan LIF och SKL. Data för de tre senaste åren är tillgängliga, tillsammans drygt 200 poster. För varje samarbete redovisas projektets namn, de ingående parterna, tidplan för projektet, en kortfattad projektbeskrivning, hur mycket medel företaget stöttar projektet med, vilket vårdgivarens bidrag är och kontaktpersoner.

Under 2007 öppnades också en ingång för sponsring av möten och endagarskonferenser. När det europeiska förbundet för läkemedelsindustrier EFPIA i juni 2013 antog en kod om öppen redovisning av värdeöverföringar

från läkemedelsföretag till hälso- och sjukvården och dess medarbetare (EFPIA Disclosure Code) avvecklades denna ingång.

Ingången Värdeöverföringar infördes för att möta EFPIA:s kod (EFPIA disclosure code). Koden är ett initiativ för att möta de ökande förväntningarna från omvärlden att samspelet mellan läkemedelsföretag och samhälle ska vara transparent. Alla läkemedelsföretag inom EU ska varje år redovisa sina ersättningar per EU-land.

Mallen för värdeöverföringar täcker in flera aktiviteter. Privatpersoner kan få ersättning för bisysslor för att exempelvis hålla föredrag eller medverka i företagets advisory boards. Bisysslor ska godkännas av arbetsgivaren och ett trepartsavtal ska enligt överenskommelsen mellan SKL, LIF och Swedish Medtech undertecknas (den enskilda personen, arbetsgivare och företag).

Andra värdeöverföringar som redovisas är donationer från läkemedelsindustrin till forskning och regelrätt sponsring, det vill säga att ett företag betalar för föredragshållare, lokalhyra eller enklare förtäring i samband med utbildning som arrangeras av vården eller intresseföreningar. I mallen redovisas även ersättning för forskning, huvudsakligen kliniska prövningar. Koden trädde i kraft 1 juli 2014 och i juni 2016 publicerades den första redovisningen som gällde året 2015. Därefter har publiceringar gjorts i juni varje år. Enligt LIF är inrapporteringen i stort sett fullständig.

Sponsring med eftertanke?

En kartläggning av omfattning och konsekvenser i hälso- och sjukvården

Vårdanalys har haft regeringens uppdrag att kartlägga i vilken utsträckning och i vilka former som sponsring förekommer av offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt eventuella konsekvenser av sponsringen. I uppdraget ingår också att analysera förekomsten av sponsringen i relation till för området relevanta lagar och regler. Enligt kartläggningen uppfattar verksamhetscheferna sponsringens omfattning som marginell. Sponsringen förväntas heller inte öka i sin nuvarande form, men kan ta andra former när hälso- och sjukvården utvecklas och förändras. För att undvika riskerna och ta vara på möjligheterna med sponsring krävs ökad kunskap och transparens.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

