

**DE NÄRMASTE 30 ÅREN TREDUBBLAS
ANTALET MÄNNISKOR SOM BEHÖVER
VÅRD I NORDEN. LÄNGRE LIVSLÄNGD,
NYA MEDICINER OCH BÄTTRE
BEHANDLINGSMETODER ÖKAR VÅR
LIVSKVALITET MEN STÄLLER OCKSÅ
NORDISK SJUKVÅRD INFÖR EN
AVGÖRANDE FRÅGA. VEM SKA BETALA?**

HÄLSÅ 30

INNEHÅLLER EN SAMMANFATTNING AV IF-ÅRET 2008



FRAMTIDENS HÄLSA OCH SJUKVÅRD

VEM SKA BETALA?

Häälso- och sjukvård är en av de viktigaste samhällsfrågorna. Vilka politiska beslut som tas, vilka upptäckter som görs, vilka nya vårdformer som utvecklas, har direkt betydelse för våra liv.

Det har gjorts enorma framsteg på det här området de senaste 100 åren. Livslängden i Norden har ökat med över 20 år. En lång rad dödliga eller mycket allvarliga sjukdomar som smittkoppor, polio och difteri har oskadliggjorts. Och utvecklingen fortsätter. Nya läkemedel och behandlingsmetoder gör att utsikterna för att överleva cancer och andra stora folksjukdomar blir ljusare i framtiden.

På samma gång är hälsa en svår politisk fråga. Om 30 år har antalet gamla som kan behöva sjukhusvård kraftigt ökat i de nordiska länderna. Samtidigt revolutionerar ny forskning både vård och läkemedel. Det innebär ökande kostnader. Det allmännas resurser kommer inte att räcka till för allt som blir möjligt att göra.

Det ställer oss inför allvarliga etiska avgöranden. Vem har rätt till de nya, ofta dyra behandlingarna? Och vem tvingas avstå?

En central fråga är: Vad har samhället möjlighet och vilja att ansvara för i framtiden – och vad får vi själva betala? Trenden går mot fler privata lösningar. If och andra försäkringsbolag kompletterar redan den offentliga hälso- och sjukvården inom några områden, exempelvis genom barnförsäkringar och arbetsskade- och sjukvårdsförsäkringar. Jag tror att vi bara har sett början på den utvecklingen. Om 20–30 år finansieras med stor säkerhet en väsentligt

större del av vården genom privata eller arbetsgivarbetalda försäkringar.

Somliga tycker att det är en oroande utveckling och tror att det leder till ett samhälle som gynnar de mest resursstarka. Andra, som jag, ser privata och arbetsgivarbetknutna lösningar som en väg att skapa en bättre sjukvård för alla. Och det är spännande i sig att många verkar intresserade av en diskussion om att använda vårt välstånd till en bättre hälsa snarare än till fler materiella ting.

Debatten om framtidens hälso- och sjukvård pågår redan. Men den behöver intensifieras och breddas och syftet med den här skriften är att bidra till det. Låt oss börja nu.

*Torbjörn Magnusson,
koncernchef på If*

PS. Mot slutet av den här skriften finns ett avsnitt som presenterar If och vårt resultat för 2008. Missa inte det!



INNEHÅLL



**EN NY SJUKDOMSBILD OCH ÖKAD LIVSLÄNGD SKAPAR ANDRA
VÅRDBEHOV, FORSKNING GER OSS NYA METODER OCH MEDICINER.
EN ANSTRÄNGD VÅRDSEKTOR FÅR DET ALLT SVÅRARE ATT FÅ
PENGARNA ATT RÄCKA. VILKET PRIS FÅR DU BETALA?**

KAPITEL 1

SÅ BLIR DU SJUK

- **NÄSTA GENERATIONS OHÄLSA** 6
- **FYRA SJUKDOMARS UTVECKLING** 9
- **FRAMTIDEN GÖR OSS FRISKARE – OCH SJUKARE** 10

KAPITEL 2

SÅ FÅR DU HJÄLP

- **I FORSKNINGENS FRAMKANT** 14
- **SCIENCE FICTION ELLER VERKLIGHET?** 18

KAPITEL 3

VEM SKA BETALA?

- **PRIORITERINGAR I FOKUS
NÄR NORDEN ÄLDRA** 22
- **24 SVARAR: VEM SKA BETALA
VÅRDEN I FRAMTIDEN?** 26

KAPITEL 1

SÅBILIR

2009

Bilden visar en blodpropp som skulle kunna leda till stroke eller hjärtattack. Hjärt- och kärlsjukdomar är i dag den vanligaste dödsorsaken. Men kurvan går stadigt nedåt. I Sverige har risken att dö i kranskärlssjukdom minskat med 40 procent bara mellan 1987 och 2002. Preventivt arbete och bättre akut omhändertagande vid infarkt är förklaringarna.

A detailed scanning electron micrograph (SEM) of a breast cancer cell. The cell is highly textured and complex, with numerous small, rounded protrusions and a dense network of fibers. The color palette is dominated by reds, oranges, and yellows, with some blue and white highlights. The overall appearance is that of a highly irregular, multi-lobed structure.

DUSJUK

2025

En sjukdom som blir allt vanligare är cancer. Antal nya cancerfall stiger med 1-1,5 procent per år i alla nordiska länder. Inget tyder på att ökningstrenden ska avta. 2025 kommer cirka 700 personer per 100 000 av Nordens invånare att insjukna i cancer. På bilden syns en bröstcancer cell, alltså en liten del av en malign cancer tumör. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor.

KOMMER VI ATT INSJUKNA, ÅLDRAS OCH DÖ SOM VÅRA FÖRFÄDER? KNAPPAST. NYA SJUKDOMAR ÖKAR, ANDRA MINSKAR. MED STOR SANNOLIKHET KOMMER DU ATT BLI ÄLDRE, FRISKARE OCH ARBETA LÄNGRE ÄN DINA FÖRÄLDRAR.

NÄSTA GENERATIONS OHÄLSA

Bättre mediciner, vacciner och levnadsstandard har bidragit till att det nordiska folket ökat sin livslängd med ungefär två år för varje decennium under det senaste seklet. Den utvecklingen ser inte ut att avta. De allra äldsta kommer att bli ännu äldre och allt fler får uppleva ålderdomen.

Norden får fler äldre, och fler friska äldre. I Norge har statistiska centralbyrån räknat ut att "äldrevågen" påbörjas runt 2013, och redan 2060 kommer antalet personer som är 67 år eller äldre att vara omkring dubbelt så många som i dag. Andelen personer över 80 år kommer att öka från ungefär fem till nio procent – från 213 000 till över 440 000 personer i Norge.

Enligt rapporten "Var med och bestäm!", som utarbetats av svenska Statens folkhälsoinstitut, kommer ungefär 44 procent av svenskarna att vara 50 år eller äldre 2025 – pensionärer eller på väg att bli det. 2050 kommer så många som hälften av den svenska befolkningen att vara 50 år eller äldre, och de som lämnar arbetslivet kommer att vara fler än de som träder in i det. Troligtvis kommer det att födas färre barn, vilket resulterar i färre yrkesaktiva människor som ska försörja pensionärerna.

Äldrevågen kommer inte bara att dra fram över Sverige och Norge, utan även över resten av Norden och Europa. Vår del av världen får således en ny resurs människor.

Institutet för framtidsforskning, IFF, i Danmark har utarbetat rapporten "Bag Facaden". Där kännetecknas framtidens gamla som

TEXT:
Vigdis Askjem Dahl

vardagsromantiker, backpackande åldringar, vetenskapsakrobater och lokala hjältar med tid och pengar. Framtidens 100-åringar kommer att vara som dagens 80-åringar, och 80-åringar som dagens 60-åringar. Med andra ord finns snart många fler äldre med god hälsa och ett meningsfullt liv.

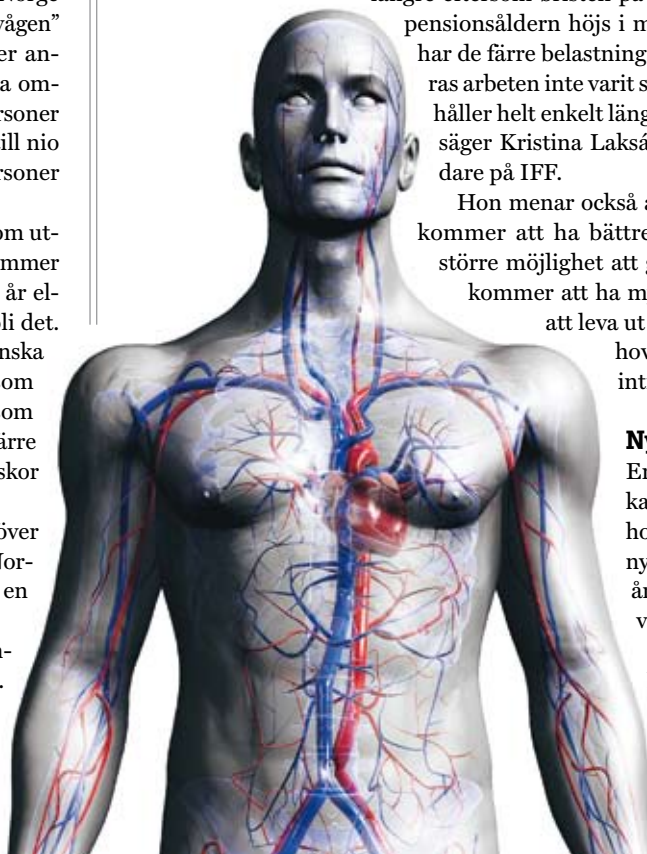
– Äldre personer kommer troligen att arbeta längre eftersom bristen på arbetskraft leder till att pensionsåldern höjs i många länder. Dessutom har de färre belastningsskador tack vare att deras arbeten inte varit så fysiskt betungande. De håller helt enkelt längre på arbetsmarknaden, säger Kristina Laksáfoss Søgaard, projektledare på IFF.

Hon menar också att de gamla i framtiden kommer att ha bättre ekonomi och därmed större möjlighet att göra av med pengar. De kommer att ha mycket större möjligheter att leva ut sina önskningar och behov beroende på vad de är intresserade av.

Ny sjukdomsbild

En flicka som föds i dag kan räkna med att leva tills hon är minst 82 år, och en nyfödd pojke tills han är 78 år. Men det har inte alltid varit så.

– För 125 år sedan var Norge en fattig del av Europa. Dålig kost och



bristande hygien ledde till att fattigsjukdomar som tuberkulos och spetälska frodades, säger Geir Stene-Larsen, direktör på Nationella folkhälsoinstitutet i Norge. Spädbarnsdödligheten låg på hela tio procent och 1880 var epidemier och olika typer av infektionssjukdomar de dominerande folksjukdomarna. Av dessa var tuberkulos, smittkoppor och spetälska de mest fruktade, mest tabubelagda och de som fick störst uppmärksamhet.

Det var först när olika antibiotika började dyka upp på 1940- och 1950-talen och barnvaccinationsprogrammet startade på 1950-talet, som vi på allvar fick bukt med de många livshotande infektionssjukdomarna. Sjukdomar som vi nästan inte räknar med längre. Stene-Larsen berättar att efter andra världskriget är det hjärt- och kärlsjukdomar och cancer, på senare tid även typ 2-diabetes och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) som utgjort de största folksjukdomarna. Sedan 1950 har livslängden ökat med nästan tio år, men på samma gång har sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och cancer blivit allt vanligare.

– Något ska vi ju dö av till slut, och hjärt- och kärlsjukdomar är fortfarande en vanlig dödsorsak, men nu i en högre ålder. Det är möjligt att dessa ökar ännu mer om befolkningen fortsätter att öka i vikt. Fetmaepidemin drabbar i dag både rika och fattiga länder, men folksjukdomarna cancer och hjärt- och kärlsjukdomar är de vanligaste dödsorsakerna, säger Stene-Larsen.

Han tycker att det är svårt att förutse vilka typer av sjukdomar som kommer att dominera i framtiden, men tror att vi även i fortsättningen tvingas dras med de stora folksjukdomarna. Därtill kommer antagligen psykiskt lidande att få större uppmärksamhet.

De senaste 30–40 åren har det i genomsnitt dykt upp en till två nya infektionssjukdomar per år. De flesta finns i fattiga länder, men sjukdomar som legionärssjukan och hiv/aids har även drabbat rika länder, säger Stene-Larsen och påpekar att det inte är otänkbart att infektionssjukdomar återigen kan bli de allvarligaste folksjukdomarna i rika länder. Skillnaden mellan förr och nu och mellan fattig och



Illustration av KOL. Luftvägarna blir svullna, tränga och delvis blockerade, vilket leder till svåra andningsproblem. Efter andra världskriget har detta varit en av de stora folksjukdomarna.



HJÄRT- OCH KÄRLSJUKDOMAR ÄR FORTFARANDE EN VANLIG DÖDSORSAK, MEN NU I EN HÖGRE ÅLDER

Kristina Laksáfoss Søgaard, projektledare på IFF i Danmark.



Geir Stene-Larsen, direktör på nationella folkhälsoinstitutet i Norge.

rik är att vi i Norden bor i ett välfärdssamhälle med sjukhus och hälsovård i världsklass.

Offentlig vård dominerar

Kristina Laksáfoss Søgaard på IFF menar dock att framtidens vård och sjukhus blir ännu mer servicebetonade än vad de är i dag, och att de äldre kommer att ställa ännu större krav på tjänsterna.

– Eftersom framtidens gamla kommer att ha bättre privatekonomi har de också möjlighet att köpa sig hälsa och omsorg i mycket större grad än vad som är vanligt i dag. De kommer troligtvis inte heller att nöja sig med den standard som den offentliga sektorn kan erbjuda, säger Søgaard.

Redan i dag kan man se att privathälsan fått större betydelse i de nordiska länderna.



FAKTORER SOM PÅVERKAR DIN HÄLSA

1 MOTION

För att vi ska orka jobba och skydda oss mot sjukdomar behöver vi en bra kondition. Uthållighet är viktigt för att upprätthålla en god hälsa, och förebygger också belastningsskador, hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes.

2 KOST

Det vi äter påverkar vår hälsa, men hur? Om detta tvistar de lärda. Vissa menar att vi inte ska äta feta produkter medan andra menar att fett, det är just det kroppen behöver.



3 SEX

Män som får utlösning två gånger i veckan löper 50 procent mindre risk att dö i förtid än de som får orgasm en gång i månaden. Enligt en tysk studie lever även de som kysser varandra varje morgon fem år längre än andra.

4 UTBILDNING

Utbildning har stor inverkan på framtida livsvillkor, levnadsstandard, ekonomi och livsstil. En studie har visat att ambitiösa män i 40- och 50-årsåldern i mindre grad drabbades av Alzheimers än de som stannat kvar på samma arbetsplats under större delen av livet.



– Tandvården är ett exempel på detta. I alla nordiska länder utom i Sverige har även apoteken blivit privatiserade. Och nu avregleras även den svenska apoteksmarknaden, säger Mika Gissler, professor vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Sverige och utvecklingschef på Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) i Finland.

Men även om privathälsan har växt så är det fortfarande det offentliga utbudet på hälsovård som dominerar. Gissler berättar att utbudet av hälsovård i den offentliga sektorn ser olika ut beroende på vilket nordiskt land patienten tillhör.

I Finland har patienterna inga valmöjligheter, medan de i Sverige kan välja sjukhus fritt inom landstinget. I Norge är valet fritt och i Danmark går det till och med att välja ett sjukhus utomlands om väntetiden är längre än två månader.

I dag betalar den offentliga sektorn i Sverige, Norge och Danmark 82–84 procent av alla kostnader som rör hälsovård. Finland ligger något lägre – där betalar finska staten 76 procent av kostnaderna och det är också det nordiska land där egenavgiften är högst. Hälsovården är i huvudsak decentraliserad, det vill säga indelad i regioner eller kommuner.

– I Finland är det i stort sett kommunerna som ansvarar för hälsovården, särskilt primärvården. I de minsta kommunerna bor det bara ett par hundra invånare, så detta är verkligen närdemokrati, både på gott och ont, säger Gissler.

Han menar att det finska sjukhusystemet kommer att ändras och att en omorganisering till större hälsodistrikt är under planering. I Danmark och Sverige har regioner och landsting fått en stark position, medan det i Norge är staten som ansvarar för sjukhusvård via regionala hälsoföretag.

Trög utveckling av vacciner

Samtidigt som sjukhusstrukturen förändras utvecklas det också hela tiden nya mediciner. Världshälsoorganisationen har till exempel en lång lista över infektioner som de vill få fram vacciner mot. På senare tid har läkemedelsindustrin emellertid varit tveksam



I FINLAND HAR PATIENTERNA INGA VALMÖJLIGHETER, MEDAN DE I SVERIGE KAN VÄLJA SJUKHUS FRITT

till att investera stora summor i utvecklingen av nya vacciner. Orsaken är att vacciner ger sämre vinst jämfört med mediciner. Dessutom har det förekommit en del skadeståndsprocesser där läkemedelsproducenter har blivit dömda att betala stora ekonomiska ersättningar till patienter som har fått biverkningar av vaccinerna.

– Utvecklingen går därför långsammare än vad vi hade önskat. Men trots det kommer det hela tiden nya och praktiska vacciner. Vaccin mot humant papillomavirus är det senaste som börjat användas i Norge. Vaccinationerna påbörjas hösten 2009 och omfattar alla flickor i 11–12-årsåldern. Det är ett vaccin som skyddar mot cancer i livmoderhalsen, säger Geir Stene-Larsen.

Bidrar den medicinska utvecklingen till att livslängden ökar ytterligare?

– Ja, det räknar vi med. Särskilt framsteg inom behandlingen av cancer förhindrar många för tidiga dödsfall. Men även inom en rad andra områden kommer det nya mediciner och nya behandlingsmetoder som kan förlänga livet. Allt fler kommer att leva tills de är hundra år.

Beräkningar visar att kvinnor som föds 2060 kommer att ha en förväntad livslängd på 87–93 år och män 83–88 år. ■



5 SÖMN

Om man får för lite sömn kan det gå ut över humör och livskvalitet. Troligen beror många trafik- och arbetsolyckor på otillräcklig sömn.

6 GENETISKT ARV

Om en av dina föräldrar bär på ett sjukdomsanlag är det 50 procents sannolikhet att du och dina syskon ärver anlaget. Men alla som ärver ett sjukdomsanlag utvecklar inte nödvändigtvis sjukdomen.

7 ALKOHOL OCH RÖKNING

Öl, vin och sprit innehåller en hel del kalorier. Dessutom är det ett faktum att för mycket alkohol kan ha mycket negativa effekter på hälsan. Att rökning bidrar till lungcancer, hjärtsjukdomar, emfysem och andra allvarliga sjukdomar är ingen nyhet.

8 LYCKA

Ett gott skratt förlänger livet. Ja, enligt humorforskare och professor Sven Svebak är det faktiskt helt riktigt – sinne för humor gör livet lättare, ger bättre hälsa och kan påverka levnadsåldern.

9 GLOBALISERING

Med människor färdas också smittoämnen. Varken virus, bakterier, radioaktiva eller kemiska föroreningar respekterar landgränser. Ur ett hälsoperspektiv blir Norden därför alltmer beroende av ett internationellt samarbete.



2025: CANCER ÖKAR MEN HJÄRTAT BLIR FRISKT

FÄRRE HJÄRT- OCH KÄRLSJUKA, SAMMA SVÄRMOD MEN FLER
CANCERFALL. I VÄRSTA FALL KOMMER TUBERKULOS TILLBAKA.
SÅ ÄR VÅR HÄLSOSTATUS 2025 ENLIGT EXPERTERNA.

AV: Madeleine Bäck

CANCER ↑

Thor Stenbeck genomför världens första lyckade strålbehandling i Stockholm. Detta bara tre år efter röntgenstrålarnas upptäckt.

Kunskapen om cancers utveckling ökar. Ett stort steg framåt är upptäckten av onkogenerna, viktiga för cancers tillväxt, och tumörsuppressor- generna som tvärtom undertrycker cancer.

Antalet nya cancerfall i Danmark ligger över de övriga nordiska länderna. Från och med år 2000 ökar även antalet cancersjuka i Norge. Ohälsosam livsstil tros vara orsaken, i Danmarks fall framför allt rökningen.

Antal nya cancerfall per år stiger med 1-1,5 % per år i alla nordiska länder. Inget tyder på att ökningen avtar. 2025 kommer cirka 700 personer per 100 000 av Nordens invånare att insjukna i cancer.

1899

1980-TALET

2000

2025

HJÄRT-KÄRL OCH STROKE ↓

Risken att insjukna och dö i en kranskärslsjukdom sjunker dramatiskt från slutet av 1980-talet. Flera teorier finns om orsaken. En är ett hälsosammare leverne och minskad rökning.

Andelen dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom har halverats från och med 1960-talet i Norden, för såväl män som kvinnor. I Sverige har risken att dö i kranskärslsjukdom minskat med 40 % bara mellan 1987 och 2002.

Stroke har till skillnad från annan kärslsjuklighet bara sjunkit marginellt. Risken att dö inom ett år efter en stroke uppvisar dock en minskning. Från 47 % 1987 till 39 % 2001.

"Förhoppningsvis får vi ett scenario där hjärt-kärslsjuklighet och dödlighet fortsätter att minska. Vår livsstil och förebyggande behandlingar är avgörande." Urban Janlert, Umeå Universitet, Sverige.

1980-TAL

1990-TAL

2001

2025

PSYKISK OHÄLSA —

"Att den psykiska ohälsan ökar i Norden är lite av en myt. Finländska data visar att antalet sjuka legat på cirka 10 % av befolkningen sedan 1980-talet." Kristian Wahlbeck, professor i psykiatri, Gruppen för mental hälsa, Stakes, Finland.

Siffran 10 % stämmer fortfarande. Undantaget är barn och unga där vi ser en uppgång i den psykiska ohälsan genom att fler och fler får antidepressiv behandling.

Den psykiska ohälsan kostar samhället stora pengar varje år. Priset enbart för depression är motsvarande 2 300 svenska kronor per person och år i Europa när alla indirekta kostnader inkluderas, till exempel arbetslöshet, sänkt arbetsförmåga och kriminalitet.

Forskarna tror att antalet psykiskt sjuka är detsamma om 30 år – alltså 10 % av den nordiska befolkningen.

1980

1990

2000

2025

TUBERKULOS ↑↓

Sjukdomen står för 25 % av den totala dödligheten i Sverige. De första sanatorierna för isolerad vård av tuberkulosdrabbade byggs.

Allmän vaccination mot tuberkelbakterien införs med det så kallade BCG-vaccinet, som fortfarande används.

Hotet tycks vara under kontroll i Sverige och vaccinering upphör. Finland halkar efter på grund av svåra tider efter inbördeskrig och andra världskriget. I dag är landet ikapp och numera har Norden det lägsta antalet insjuknade i världen.

"Problemet med antibiotikaresistent tbc i de baltiska länderna och Ryssland samt inflyttning till Norden kan ge en ökning av tbc. Nytt vaccin och nya behandlingar är dock under utveckling vilket kan bromsa detta scenario." Gunnar Boman, Uppsala Universitet, Sverige.

1900

1940-TALET

1975

2025

ANDERS SANDBERG, FORSKARE I
FILOSOFI VID OXFORDUNIVERSITETET

”Framtiden gör oss friskare – och sjukare”



Morgondagens teknologi ökar möjligheten att bota och diagnosticera sjukdomar. Samtidigt förändrar den synen på ohälsa. I framtiden kommer det att anses "sjukt" att vara glömsk eller att ha en låg stresströskel, menar Anders Sandberg, forskare i filosofi vid Oxford.

Tänk dig att du går till doktorn för att kolla upp din envisa höstförkylning. I stället för att diagnosticeras med "snuva" går du därifrån med en rapport över exakt vilket virus du har, tillsammans med en analys av hur detta virus påverkar din unika, medicinska konstitution. Dessutom får du, i förbifarten, reda på att du har en begynnande hjärntumör och att du bär på en mutation som gör dig lagd åt sömnbrist och minnessvackor.

Science fiction eller snart verklighet?

Det senare – åtminstone om man ska tro Anders Sandberg, doktor i beräkningsbiologi och forskare i filosofi vid Future of Humanity Institute vid Oxforduniversitetet i England. Han forskar på hur dagens snabba teknologitveckling påverkar synen på våra sjukdomar.

– En följd av utvecklingen är att vi får väldigt mycket mer individualiserade sjukdomar än tidigare. Du är inte längre bara "förkyld", utan du bär på virus

TEXT:
Tobias Hammar

FOTO:
Anthony Oliver



**VÅR
SNABBT
FÖRÄNDER-
LIGA LIVS-
STIL INNE-
BÄR ATT
SJUKDOMS-
BEGREPPET
ÄR PÅ VÄG
ATT STÖ-
PAS OM I
GRUNDEN**

"CV-A2". Detta kanske inte gör dig friskare, men din diagnos har blivit mer specificerad, säger han, och lägger till:

– Samma sak om du åker in på sjukhus. Med allt billigare magnetkameror kommer vi om 20–30 år rutinmässigt att skanna av människor. Fördelen med det här är att vi får en bra bild av våra patienter. Nackdelen är att vi kommer att upptäcka en ryslig massa småsaker. Även om vi rent faktiskt blir allt friskare, kommer vi att känna oss betydligt sämre eftersom vi alla kommer att ha en diagnos på någonting.

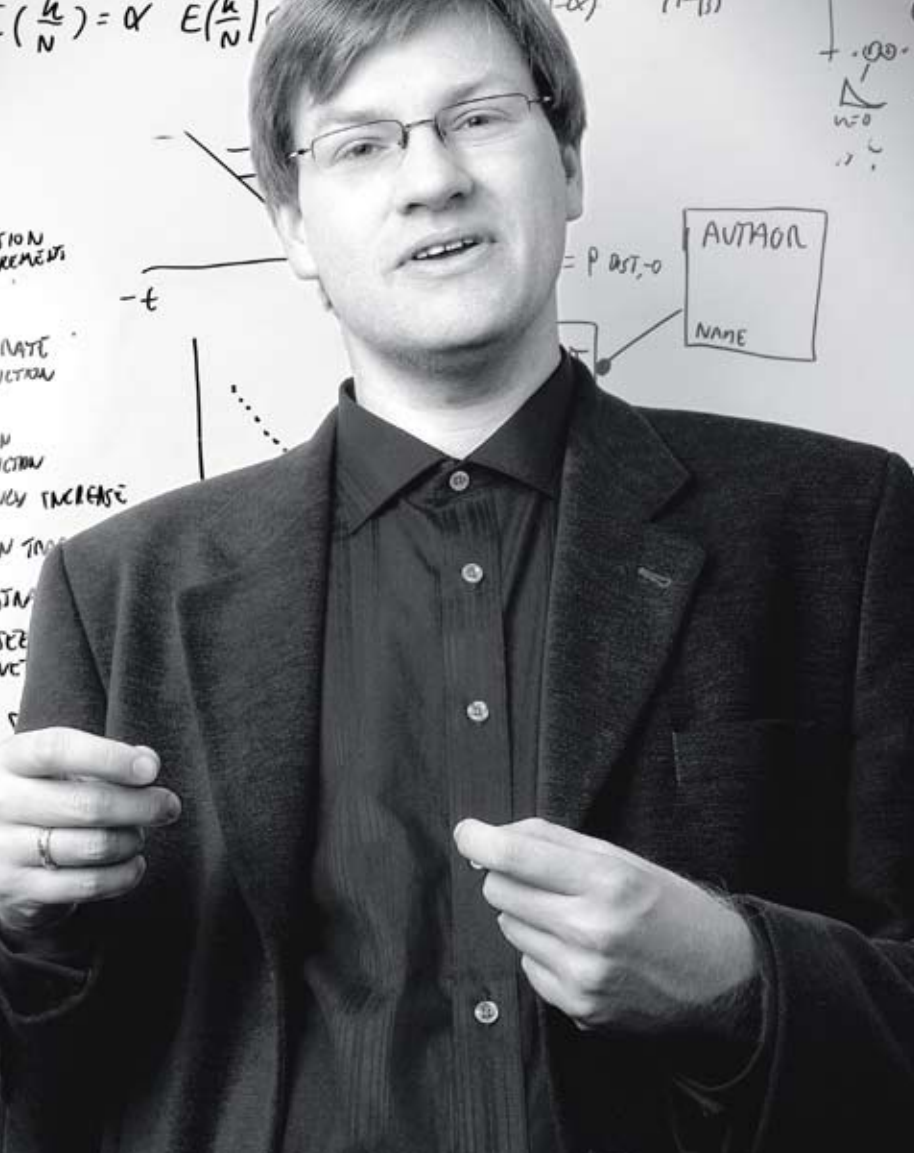


Men förbättrad diagnosticering är bara en följd av framtidens allt mer avancerade teknologi. En annan är att gränsen mellan "sjuk" och "frisk" kommer att flyttas.

– Traditionell sjukvård är inriktad på att bota, lindra eller förebygga sjukdom. Men i framtiden får vi också nya möjligheter att "förbättra oss" på olika sätt med teknikens hjälp.

Detta öppnar för nya etiska dilemman, menar han. För även om vi alltså kommer att vilja prioritera vård av till exempel kikhosta och cancer, kommer det att bli betydligt svårare att avgöra om det är "bra" att på medicinsk väg utveckla fysiskt starkare kroppar eller biologiska superminnen.

I längden innebär vår snabbt föränderliga livsstil att hela sjukdomsbegreppet är på väg att stöpas om



i grunden. Om det igår betraktades som helt normalt att vara glömsk, ha sömnproblem eller dras med olika typer av beroenden, kommer dessa egenskaper i framtiden att ses som någonting onormalt och sjukt – och därmed helt adekvat att behandla bort på medicinsk väg.

– Den här utvecklingen pågår hela tiden. Karies, alkoholism och fetma är exempel på tillstånd som vi förr betraktade som normala men som vi med tiden har sjukdomsförklarar. Och i Japan är det betraktat som "sjukligt" att ha dålig kroppslukt, säger Anders Sandberg, och tillägger:

– Många av våra förbättringar kommer att riktas in mot våra livsstilar snarare än våra jobb. Det kommer kanske att bli intressant att manipulera sig så att man blir bättre på att segla eller klättra i berg, till exempel. Och med den nya kunskapen om att slå av och på olika gener kanske man med tiden också kommer att kunna medicinera bort en del traumatiska effekter av en trasslig barndom.



I grunden kan därmed den värdemässiga förskjutningen summeras ned till en enda punkt: som individ blir du själv allt mer ansvarig för om du inte är på topp – oavsett om dina skavanker är kroppsliga, emotionella eller mentala.

Men hur kommer då den här nya synen på sjukdommar att påverka framtidens etiska prioriteringar?

SJUKT ELLER NORMALT?

– det beror på tiden

KARIES

Ett tillstånd som vi haft i alla tider, men som vi numera har sjukdomsförklarar.

ALKOHOLISM

Tidigare hade vi enbart moraliska inblandningar, numera har vi börjat se det som ett mentalt sjukdomstillstånd bortom alkoholistens eget ansvar.

"VARA PÅ TOPP"

Förr såg vi på åldersglömska och trötthet som någonting naturligt. I dag blir vi allt mer ansvariga för att "ligga på topp". Ginsengpiller, sudoku och olika typer av stimulantia gör att vi förväntar oss ständigt höga prestationer.

– Mycket av prioriteringen är fortfarande ganska enkel. Det kommer aldrig att vara särskilt svårt att välja mellan en vanlig snuva och en svår leverskada, till exempel. Problemet är att folk i och med internet får allt bättre kunskaper om sina tillstånd. I vissa fall kan de till och med mer än sina läkare – vilket också innebär att de förväntar sig mer vård. Läkarna kommer att behöva bli bättre på att säga nej.

Räkna därför med en högljudd kamp om gränsdragningen mellan sjukdom och normalstillstånd de kommande åren. I många länder pågår debatten redan. Storbritannien, där Anders Sandberg själv verkar, ligger redan långt framme i diskussionen om förbättrande mediciner. USA tvekar av religiösa skäl medan kontinentaleuropén debatterar frågans rättvisaspekter. I Norden intar vi något av en mellanposition.



Den stora frågan handlar naturligtvis som vanligt om – pengar.

– Grundregeln är att vi gärna betalar för andras sjukvård om den ger medelhälsa, men inte mer. Staten kommer förmodligen att tillhandahålla "botten" – åtminstone i de nordiska länderna – medan individen privat får skjuta till det han vill ha utöver genomsnittlig hälsa. Plastikkirurgi, minnesförbättring, hjärndoping och genmassage kommer med andra ord att förbli en privat fråga.

Men att vården successivt kommer att bli dyrare är uppenbart. Anders Sandberg pratar om den framtida sjukvården som en "à la carte-meny", där patienten allt mer kommer att välja vilken hälsostatus hon vill ha. Läkaren blir en del av individens privata "hälso-team", tillsammans med dietisten, friskvårdskonsulenten, naprapaten – och många andra.

– Värderingsmässigt är det tydligt att patienter blir mer av vårdkunder. De börjar ställa krav på sina läkare, åker på hälsoresor och prövar alternativa behandlings sätt. Det här är någonting helt nytt jämfört med för bara något decennium sedan. Det leder oneligen till att de med mer pengar kommer att kunna köpa sig bättre hälsa i längden.

Men, kan man undra: är det rättvist?

– Det kan man alltid diskutera. Men uppenbart är att oavsett hur man löser finansieringen, kommer de med mycket pengar alltid att få bättre vård än majoriteten. Det har inte bara att göra med pengar, utan också med det faktum att folk med högre socioekonomisk status normalt är bättre på att ställa krav. De är helt enkelt mer slängda i käften än vi andra! säger Anders Sandberg. ■

Anders Sandberg, 36 år och från Solna, forskar vid The Future of Humanity Institute på Oxforduniversitet. Han har doktorsexamen i beräkningsneurobiologi från Stockholms universitet och är medgrundare av tankesmedjan Eudoxa.


SÄ

HÄR

DU

HITÄR

FOTO: ALCOR LIFE EXTENSION FOUNDATION



Ett extremt exempel på hoppet kring framtida forskning är valet att frysa ner sina döda anhöriga för att de ska kunna botas i framtiden. Här förbereder en kirurg en "patient" för nedfrysning genom att spruta in en typ av vätska i cirkulationssystemet. Vätskan skyddar vävnader från förfrysningsskador. Plats: Alcor-institutet i Arizona, USA.



Forskningens framsteg har under åren gjort det omöjliga möjligt och den fåfänga drömmen om evigt liv verkar kanske inte längre ouppnåelig. Nya rön bidrar hela tiden till nya, avancerade – och kostsamma – metoder och mediciner. Vi ger en statusrapport från den nordiska forskningens framkant.

I FORSKNINGENS



FEM ÅR HAR GÅTT SEDAN MÄNNISKANS ARVSANLAG KARTLADES I SIN HELHET. KARTAN ÖVER GENERNA VISAR HÄLSOFORSKNINGEN VÄGEN TILL NYA EFFEKTIVA, MEN OFTA DYRA, MEDICINER. MEN SJUKDOMARNA SLÅR TILLBAKA.

TEXT: Mathias Luther, Patricia Bruun

Forskarna är enormt förväntansfulla. Med genkartorna går det inte bara att förutsäga sjukdomar utan också att förutsäga och förstå hur läkemedel fungerar. Man kan skapa och dosera mediciner mycket precist. När vi tidigare sköt med hagel-skott och fick ner en hög med duvor så kan vi nu skjuta ner just den orre vi vill ha, säger forskarprofessor Sirpa Jalkanen. Hon leder Finlands Akademiens spetsenhet som studerar människans försvarsmekanismer.

De nya medicinerna tillverkas på annat sätt än de gamla syntetiska.

– Biotekniska mediciner produceras av celler från bakterier eller däggdjur som är gentekniskt modifierade speciellt för sin uppgift. Cellerna kan producera ämnen som är mycket mera komplicerade än det vi kemiskt kan syntetisera i provrör, säger Jalkanen.

De nya medicinerna är dyrare än de gamla, ofta flerfaldigt. Men läkare från alla fack argumenterar för att de ändå är värda sitt pris för samhället, om de kan göra en sängliggande patient eller en rullstolsbunden arbetsför igen.

Ett exempel är Natalizumab, en lovande medicin för den svåra nervsjukdomen MS som utan vård alltid leder till invaliditet. MS framskrider ofta under perioder av snabb försämring, men Natalizumab halverar mängden sådana skov jämfört med de bästa tidigare medicinerna. Nackdelen är dess höga pris, omkring 15 000 euro per år. För en bibehållen arbetsförmåga kan det ändå löna sig också för samhället. Natalizumab är en medicin som bygger på monoklonala antikroppar, en växande familj av avancerade mediciner.

Förklarar skillnader

Genforskningen har även inneburit att vi kan förutsäga skillnader i människors reaktioner på mediciner. Farmakogenetik kallas det.

De första rönen kom på 1950-talet då man konsta-

FRAMKANT

terade att asiater inte reagerar på vissa mediciner på samma sätt som européer. Nu, då hela genkartan kan bredas ut på bordet, ser man till exempel att 35–50 miljoner européer antingen saknar genen CYP2D6 – eller har två – och därför riskerar att få överdoser, allvarliga biverkningar eller ingen effekt alls av omkring 15 procent av de mediciner som är i användning. För de här människorna måste läkarna välja andra mediciner eller anpassa doseringen individuellt.

Det här är bara ett exempel av många.

– Farmakogenetiken är en mycket viktig forskningsgren, den är framtiden, säger Mette Rosenkilde, professor i molekylär farmakologi vid Köpenhamns universitet, Danmark, och medlem av det danska forskningsrådet för hälsa och sjukdom.

Och det är en av de områden som det satsats kraftigt på i Danmark.

Hon är själv involverad i molekylärbiologisk forskning centrerad kring receptorerna i cellmembranen. De är bokstavligen nycklar till flera sjukdomstillstånd och Rosenkilde väntar sig att ”många spännande saker” kommer att hända inom de närmaste åren. Bland annat studeras receptorer som hiv-viruset använder för att ta sig in i cellerna.

Cancern slår tillbaka

Mycket av det som för 20 år sedan tedde sig omöjligt är i dag verklighet. Samtidigt tvingas forskarna inse faktum: för varje fråga som får ett svar föds nya frågor. Biologin är dynamisk. Virus och cancerceller är ofta listigare än människan.

– Det händer gång på gång, säger professor Lea Sistonon som i Åbo, Finland, forskar i cellstress.

Hennes kollega och make professor John Eriksson forskar i cellernas överlevnadssignaler.

En cancercell som behandlas med ett cellgift vars uppgift är att döda cellen kan ”addiktera” sig – alltså mutera sig så att cellen i stället blir beroende av just det ämnet.

– Det här är relativt ny kunskap, menar Sistonon.

5

STORA FRAMTIDSMANINGAR

1 Hur ska vi överleva de stora folksjukdomarna? Cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, neurala och psykiska sjukdomar kräver ständiga forskningsframsteg.

2 Hur kan man påverka människors livsstil i hälsosammare riktning?

3 Hur upprätthåller man individens integritet i vården och forskningen?

4 Hur lockas läkare och medicinstuderande att forska vidare?

5 Hur ersätter man användningen av provdjur utan att försämrat resultaten?



Sirpa Jalkanen, leder Finlands Akademis spetsenhet som studerar våra försvarsmekanismer.



Mette Rosenkilde, professor i molekylär farmakologi vid Köpenhamns universitet, Danmark.



Lea Sistonon, forskar kring cellstress, Åbo, Finland.



John Eriksson, forskar i cellernas överlevnadssignaler, Åbo, Finland.

Forskare har kunnat konstatera att cancerceller som bekämpas genom att stoppa tillförseln av näring via blodomloppet i cellen lär sig att leva även under dessa knappa betingelser.

Läkarbrist i labbet

Eriksson och Sistonon är filosofie doktorer men står som cancerforskare vid medicinforskningens

LILLA MEDICINORDLISTAN

BIOTEKNISKA MEDICINER:

Mediciner gjorda av modifierade celler, som producerar en speciell molekyl.

CELL:

Man kan likna cellen vid ett bibliotek. Går vi in i cellens kärna ser vi hyllor, det är kromosomerna. På hyllorna finns böcker, det är generna.

CELLSTRESS:

Cellens förmåga att överleva beror på hur cellen klarar stress. Inne i cellens kärna finns också stressgenerna, de som har hängt med i miljoner år.

FARMAKOGENETIK:

Bedömningen av hur ett och samma läkemedel har olika inverkan på olika personer beroende på arvsanlag, gener.

GENFORSKNING:

Kartläggningen av vilken roll var och en av de identifierade generna (hos människan 20 000–25 000 stycken) spelar för hur individen ser ut och fungerar.



frontlinje. År 2006 utgjorde läkarna mindre än en tredjedel av doktoranderna vid medicinska fakulteter i Sverige, en siffra som sjunker. Läget är likartat i de andra nordiska länderna.

Läkarkåren är helt enkelt inte villig att göra det arbete inom forskningen som utvecklingen kräver. Tomrummet fylls nu av forskare från andra vetenskapsgrenar.

– Under de senaste tio åren har vi sett att en allt större del av dem som forskar vid de medicinska fakulteterna kommer från andra fack än läkarstudierna. Det är annan hälsopersonal, det är kemister, biologer och ingenjörer, säger professor Steinar Hunskaar som leder forskarlinjen vid den medicinska fakulteten vid Universitet i Bergen, Norge.

– Det här har berikat den medicinska forskningen. De har hämtat med sig andra infallsvinklar och en kunskap, speciellt en teknologisk, som är av stort värde.

Men det behövs också det perspektiv och den känsla för patienternas problem och behov som man bara snappar upp i operationssalen, på avdelningen och i mottagningsrummet.

– Dessvärre är forskning inte någon attraktiv karriärmöjlighet för läkare, fortsätter Hunskaar. Lönestrukturen är sådan att också den yngsta läkaren på ett norskt sjukhus tjänar mera än en välmeriterad professor på universitetet.

Överallt i Norden är det svårt att locka läkare att forska, och då är det också svårt att utveckla den kliniska forskningen, den som på ett eller annat sätt arbetar inom vårdapparaten.

Ofta, men inte alltid, är den kliniska forskningen tillämpad, alltså forskning som ska lösa ett visst problem eller skapa en viss produkt. Motsatsen är grundforskning som egentligen bara ska drivas av vetenskaplig nyfikenhet, oberoende av vad kunskapen kan användas till.

I forskningsstrategier som har gjorts upp av bland annat EU och världshälsoorganisationen WHO talas det mycket om att sätta kunskapen i arbete för att förbättra vården. Tanken är att det flyter omkring en massa kunskap som inte utnyttjas.

Flera länkar i kedjan

Finländarna Sistonen och Eriksson kräver ordentlig satsning på grundforskningen. Man måste betala för hela kunskapskedjan, säger de.



GENFORSK- NINGEN VÄCKER MÅNGA ETISKA FRÅGOR OCH FILO- SOFISKA FARHÅGOR



Olle Stendahl,
professor, Lin-
köpings univer-
sitet, Sverige.



Steinar Hunskaar,
professor vid
medicinska
fakulteten i Ber-
gen, Norge.

Finland fuskar med det här, menar de. Sverige och Danmark som satsar ordentligt på grundforskning skördar småningom också användbara tillämpningar.

Vid Karolinska institutet spräcktes den vedertagna sanningen att hjärnceller hos vuxna inte kan förnya sig. Man kunde visa att det finns neurala stamceller som alltså kan dela sig och bilda nya nervceller. Upp-täckten är av betydelse bland annat för behandling av Parkinsons sjukdom.

Grundforskning i Danmark låg också bakom de moderna antidepressiva läkemedlen, lyckopillren som Prozac och Cipramil.

Men professor Olle Stendahl från Linköping, Sverige, som arbetar med nationella utvärderingar av både den svenska och den finska kliniska forskningen, har exempel på banbrytande upptäckter även inom den kliniska forskningen.

Bakterien som förorsakar magsår upptäcktes kliniskt av några kirurger och ledde till radikalt ändrad magsårsvård – ironiskt nog så att vi slutade med kirurgin.

– Förbättringarna av reumamedicinerna, nya mediciner baserade på monoklonala antikroppar, gjordes i samverkan mellan grundforskning och klinisk forskning. De har revolutionerat vården. Vissa patienter kan bokstavligen ta sin säng och gå, säger Stendahl.

Etiska gränser

På Karolinska institutet utförs behandlingar som får nya blodkärl att växa i hjärtat. Det kallas regenerativ medicin och möjligheterna verkar obegränsade.

Nyligen fick en finländsk patient en ny överkäke – som odlats under skinnet på patienten själv, på magen. Det möjliggjordes tack vare stamceller, och den tekniken är i sin tur beroende av genforskningen.

Genforskningen och användningen av stamceller som i vissa fall utvinns ur mänskliga embryon väcker många etiska frågor och filosofiska farhågor. Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna och biomedicin förbjuder att forskare skapar mänskliga embryon bara för forskningsändamål. I flera katolskt dominerade länder är det förbjudet. De nordiska länder som vill fortsätta med forskningen måste därför reservera sig mot konventionen.

EU har också stoppat sina anslag till forsknings-

LILLA MEDICINORDLISTAN

KLINISK FORSKNING:

Den forskning som inte bara görs i laboratorier utan åtminstone delvis kring patienter som är under behandling eller som deltar i utprovning av läkemedel.

MOLEKYLÄR FARMAKOLOGI:

Utveckling av läkemedel baserad på förståelse för hur molekylerna påverkar cellerna.

MONOKLONALA ANTIKROPPAR:

Antikroppar som har tillverkat med kloneteknik och som visat sig vara verksamma mot vissa former av reuma, cancer och leukemier.

NERVCELL:

En nervcell, eller neuron, är den celltyp i nervsystemet som är ansvarig för att ta emot och överföra nervimpulser. Nervcellen är nervsystemets mest grundläggande enhet.

NEURAL STAMCELL:

Centrala nervsystemets stamceller. Djurförsök antyder att stamcellstransplantation skulle kunna användas för att behandla skador på centrala nervsystemet.

program som skapar nya stamcellsodlingar från mänskliga embryon, medan odlingar som startades före 2003 får fortsätta.

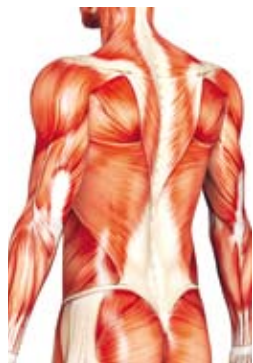
Ur individens synvinkel är det inte enbart behagligt att få sina arvsanlag kartlagda i detalj.

Genkartan är "den ultimata självkänedom", sade chefen för ett genlaboratorium i Kalifornien då

han år 2007 uppvaktade James D Watson, nobelpristagare som varit med och beskrivit DNA:s struktur 1953, med Watsons personliga genkarta.

Watson var imponerad av arbetsinsatsen och teknikens framsteg. Men den gen som kan predisponera sin bärare för att insjukna i Alzheimers sjukdom ville Watson inte se. ■

NYA NORDISKA RÖN



RYGGBESVÄR OAVSETT YRKE

Arbetslivets betydelse för ryggbesvär har överskattats, menar forskare vid Sydansk Universitet. De finner att människor upplever ungefär lika mycket ryggbesvär ända från tonåren upp till hundra års ålder.

Forskarna rekommenderar att man noggrannare än förr skiljer mellan olika slags ryggbesvär för att konstatera orsakerna till dem. Vissa problem orsakas klart av belastning i arbeten där man till exempel måste lyfta mycket. En internationell expertgrupp ska under 2009 studera hur man kan minska det problemet.

VÄNNER GÖR OSS FRISKARE

Hälsa är inte bara molekyler. I somliga fall verkar den också vara en fråga om språk. Folkhälsoforskare i Finland har upptäckt att finlandssvenskar i allmänhet är friskare än finnar. Det gäller också då man jämför människor som hör till samma klass, är i samma ålder och bor på samma ort.

Skillnaden tillskrivs något man kallar det sociala kapitalet. Finlandssvenskar verkar ha flera och bättre fungerande kontakter till släkt och vänner än finnarna. En annan skillnad kan vara att uppväxtn miljön i finlandssvenska hem på något sätt ger barnen en tryggare start.

Men hur påverkar det kroppen? Forskaren Markku T. Hyypä i Åbo, Finland, spekulerar i en artikel i den finska läkartidningen kring möjligheten att ett tryggt socialt nät gör att man sover bättre.

INBILLNINGSSJUKA SJUKA PÅ RIKTIGT

Också hypokondri kan ha en fysisk förklaring. Det antyder en undersökning av ett litet antal patienter med en lång historia av svårtolkade symptom och problem. I de här patienternas hjärnor finns små skillnader som kan ses med en så kallad PET-kamera, fann en forskare i Åbo, Finland. Han misstänker att de här personernas nervsystem alltför lätt vidarebefordrar små smärtimpulser.

OBDUKTION ETT MINNE BLOTT

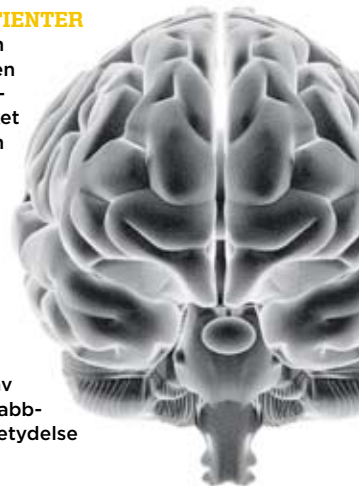
Avancerad medicinsk avbildningsteknik kan användas för att lösa brott. Vid Linköpings universitet i Sverige har man utvecklat en metod för att med en kombinerad datortomograf och magnetkamera skanna tredimensionella bilder på avlidna brottsoffer. Bilderna granskas i datorn och behandlas så att man tydligt kan visa inre skador. Metoden kan ersätta obduktionen och är i många fall bättre än en sådan.



HJÄRNRÖN KAN HJÄLPA STROKEPATIENTER

Hjärnceller som drabbas av stroke har en mekanism för att skydda sig själva mot en annars hotande förgiftning med kalciumjoner ur hjärnvätskan. Cellerna kan mycket snabbt stänga av intaget av kalcium som normalt fungerar som en del av signal-systemet i hjärnan. Det har forskare vid Universitetet i Oslo, Norge, upptäckt.

Kalciumhalten inuti hjärncellerna ska normalt bara vara en bråkdel av koncentrationen i vätskan utanför. Men cellerna behöver energi och syre för att pumpa ut överflödigt kalcium igen. Vid en rubbning av blodcirkulationen får de energibrist och hotar att översvämmas av kalciumjoner om de inte hade haft en snabb-avstängningsventil. Upptäckten kan få betydelse för behandling av stroke och epilepsi.



PREDISPONERA:

Öka risken eller möjligheten för att en viss sak sker.

RECEPTORER I CELLMEMBRANEN:

Molekyler som går som ett slags dörrhandtag eller nycklar rätt igenom cellens yttervägg. De förmedlar olika ämnen och signaler till cellen.

REUMAMEDICINER:

Motverkar reumasjukdomar, exempelvis reumatism. Nya mediciner finns som direkt ingriper i sjukdomen, inte bara i symptomen. De är lovande, men mycket dyra.

REGENERATIV MEDICIN:

Ersätter skadade eller sjukliga komponenter i människokroppen med nya permanenta komponenter som eliminerar eller reducerar sjukdomssymtom.

STAMCELLER:

Omogna celler som finns i alla flercelliga organismer. Har två egenskaper som skiljer dem från andra celltyper: De kan genomgå ett obegränsat antal celledelningar, samt kan mogna till flera celltyper.

SCIENCE FICTION ELLER VERKLIGHET? – DET ÄR FRÅGAN



1

KLONA EN MÄNNISKA

Redan i dag är det **tekniskt möjligt** att kлона en människa, men vi avstår från detta på grund av etiska skäl. Det kan dock inte uteslutas att den första klonade människan kommer att skapas inom de närmaste 30 åren – det finns nämligen vetenskapsmän som är villiga att trotsa det generella förbudet mot mänsklig kloning.

Är vi på väg mot en värld av supermänniskor med datoruppkopplade hjärnor, tekniskt förbättrat medvetande och robotar i blodet som ser till att vi alltid mår bra? Vi har frågat forskarna vilka science fiction-liknande metoder som bara är en myt, vilka vi kommer att få uppleva i framtiden och vad som hamnar däremellan.

TEXT: Soren Rathje



2

EVIGT LIV

”Tanken på en genomsnittlig livslängd på 150 år, för att inte tala om odödlighet, är ren **science fiction**”, säger Sissel Rogne, direktör för den norska biotekniknämnden. Vi kan exempelvis inte förutsäga framtidens sjukdomar – nya kommer att uppstå, gamla kommer att mutera. Å andra sidan tvivlar hon inte på att hälsoklyftan kommer att vidgas så att de välbeställda i framtiden kommer att leva avsevärt mycket längre än de mindre privilegierade.

3

DESIGNA ETT BARN

Eftersom det är möjligt att genmodifiera djur är det i princip också **möjligt** att gå in i ett ofött barns dna och ändra dess gener. Detta görs dock inte i dag eftersom att det anses vara etiskt oförsvarbart. Men det finns redan vissa möjligheter till att ”designa” sitt eget barn. Det är inte helt ovanligt att barnlösa par söker extra snygga donatorer och nobelpristagare har skapat en egen spermabank för dem som vill ha ett smart barn ...



4

EN MÄNSKLIG MASKIN

”Redan **i dag går det** att ersätta många av kroppens delar med högteknologiska komplement. Och vi kommer att se mycket mer av det i framtiden”, säger författaren och etikern Klavs Birkholm. En avgörande fråga är dock om tekniken enbart ska användas till att bota sjuka eller om den också ska kunna användas till att göra friska människor piggare och snabbare. Här ser Birkholm etiska problem. ”Vi kommer att gå miste om mystiken kring hur långt skicklighet och talang kan ta människan. Även klyftan mellan rika och fattiga skulle öka, eftersom det i hög grad är den enskilda personen som kommer att få betala”, säger Birkholm.



5

GENTESTER

De så kallade biomarkörerna ger en fingervisning om framtidens sjukdomar. De börjar redan nu **så smått att infinna sig** i hälsovården, och de kommer att få ännu större betydelse i framtiden. Med markörerna kan man utifrån ganska små mängder biologiskt material få en indikation på kroppens tillstånd. Marknaden för tester och screening kommer på det hela taget att växa markant. ”Det kommer att leda till en mycket stor press på den offentliga hälsovården, för alla kommer att insistera på just sina rättigheter”, menar Sissel Rogne, direktör för den norska biotekniknämnden. Hon tror därför att tester av den här typen kommer att bli allt vanligare på den privata marknaden där folk själva får betala för dem.



6

NANOROBOTAR I BLODET

Utvecklingen av nanorobotar är redan i full gång världen över, men vi har bara sett en bråkdel av vad som kommer att ske inom området. Det menar Ilpo Vattulainen, professor i biofysik. I bästa fall kommer de här små robotarna, som rör sig i blodet, inte bara att kunna identifiera cancerceller, utan också förstöra dem innan de hinner sprida sig. Vattulainen tror att denna metod kommer många tillgodo: ”Huvudparten av all forskning kommer från offentliga medel, så jag tror att det här är något som alla kommer att tjäna på”.

7

MEDICIN AV DNA

I framtiden kommer det med största sannolikhet att dyka upp flera världsomspännande epidemier som kan få fatala konsekvenser om de sprider sig på allvar. I ett sådant fall kan dna-vaccinet, gjort på dna som har en viss sjukdom, komma att bli ett effektivt vapen. I dag är dna-vaccinet **under utveckling** – försök pågår mot hiv, malaria, tuberkulos, flera cancerformer och en rad andra sjukdomar.

8

ROBOT-KIRURGER

Opererande robotar är i alla största grad en **sanning**. På Karolinska sjukhuset i Stockholm, Sverige, har man två stycken robotar med armar utrustade med gripklor, som framför allt opererar cancerpatienter. Men de opererar inte helt själva. Armarna styrs av kirurgen med två joysticks. Urologen Peter Wiklund väntar sig att det i framtiden kommer robotar som kan göra vissa uppgifter självständigt. Teoretiskt möjligt redan i dag är också att kirurgen och patienten med roboten befinner sig på olika orter. När robotarnas pris sjunker kan det bli ett sätt att hushålla med läkarresurser, men än så länge är det en dyr spjutspets teknik.



KAPITEL 3



VEM SKA
BETALA?

CARL-AXEL ÄR 65 ÅR. Han har varit fet sedan han var fyra år. Varken han eller forskarna vet varför. Han har sökt hjälp för RLS (myrkrypningar i benen), sömnapné och karpaltunnelsyndrom (händerna somnar för att nerverna i handloven sitter för trångt), men inte fått tidig, adekvat hjälp – ”sjukdomstillstånden beror ju enbart på hans fetma”. Sedan några år har han även diabetes typ 2. | Överviktiga är en av de grupper som hotas när sjukvården tvingas till allt hårdare prioriteringar.

Carl-Axel Wildt arbetar ideellt för Överviktigas riksförbund i Sverige med hälso- och sjukvårdsfrågor. ”Det är alldeles för enkelt för sjukvården att skylla på fetman. Det är nog bara en tidsfråga innan cancer och diabetes typ 2, som också till stor del är motions- och kostrelaterade sjukdomar, hamnar i samma situation. Forskningen och prioriteringar är för läkemedelsstyrda. Det är den förebyggande hälsovården som ska prioriteras!” menar han.

ÅLDRINGSBOOMEN OCH FRAMVÄXTEN AV NYA, DYRARE MEDICINER OCH BEHANDLINGAR ÖKAR DEN EKONOMISKA PRESSEN PÅ DE NORDISKA SJUKVÅRDS-SYSTEMEN. KRAVEN PÅ PRIORITERINGAR BLIR STÖRRE ÄN NÅGONSIN.

PRIORITERINGAR I FOKUS NÄR NORDEN ÅLDRAS

TEXT: Tobias Hammar



Det ser risigt ut.

Orden kommer från Paul Lillrank, professor i produktionsekonomi vid Tekniska Högskolan i Helsingfors, Finland, när han ombeds att med några få ord summera hälsoläget för sjukvårdapparaterna i de fyra nordiska länderna.

– Det är inte katastrof, men närapå, lägger han till – som för att understryka att patienten ändå lever, trots svaga livstecken och framtidsutsikter.

Orsaken till Lillranks dysterhet är lätt att förstå. Nordens offentliga hälsosystem, uppbyggda i en tid då befolkningarna var unga, plånböckerna välfyllda och framtidsoptimismen stor, närmar sig en punkt då de antingen måste reformeras i grunden – eller gå ett långt och plågsamt sönderfall till mötes.

Befolkningsstrukturens utveckling lägger ett förödande tryck på sjukvårdens ekonomi. Ökande livslängder och en allt större andel pensionärer innebär att antalet vårdbehövande kommer att tredubblas i de nordiska länderna under de kommande tre decennierna. Och detta samtidigt som finansieringsmöjligheterna via skatterna begränsas. Försörjningskvoten – förhållandet mellan antalet förvärvsarbetande personer i ett land och de som av åldersskäl står utanför arbetskraften – kommer att öka med upp till 20 procent om 30 år i takt med att allt färre ska försörja allt fler.

Med sjukvårdens traditionellt låga lönenivåer och slitsamma arbetsmiljö är det lätt att förstå national-ekonomernas dilemma: finns det folk och pengar för att klara sjukvårdens behov i framtiden?

– I ett folkhälsoperspektiv ligger Norden i topp i västvärlden. Vi är friskare än de flesta. Men de makroekonomiska utmaningarna är desto större. De nordiska sjukvårdsbudgetarna ökar visserligen mer än i andra länder, men ingenting talar för att det kommer att räcka. Trenden går snarare mot fallande skattetryck i världen, säger Lillrank.

Mot dyrare sjukvård

Problemet förstärks av nya och dyrare mediciner och behandlingsformer, en trend som gör även befintlig vård betydligt mer kostsam. Enligt en undersökning från den amerikanska pensionärsorganisationen AARP har priserna på de 140 viktigaste specialläkemedlen mot cancer och andra vanliga, åldersrelaterade sjukdomar stigit mer än tre gånger så snabbt som inflationen de senaste åren. De allra dyraste kostar långt över 10 000 dollar per patient och år.

Som om detta inte var nog går även den politiska trenden på tvärs mot de ekonomiska kurvorna. Statliga vårdgarantier, där patienter garanteras vård inom vissa maxtider, är fenomen som vuxit fram i samtliga nordiska länder det senaste decenniet.

– Det är ännu en stark kostnadsdrivare. Garantierna sätter hela systemet under press eftersom utfästelserna kommer samtidigt som många regeringar



DE NORDISKA SJUKVÅRDSBUDGETARNA ÖKAR MEN INGENTING TALAR FÖR ATT DET KOMMER ATT RÄCKA



DE 9 MEST RESURSKRÄVANDE SJUKDOMSGRUPPERNA

- 1 Sjukdomar i hjärta och blodkärl
- 2 Sjukdomar i lever, galla och bukspottskörtel
- 3 Hudsjukdomar
- 4 Njur- och urinvägssjukdomar
- 5 Förlösningar m.m.
- 6 Sjukdomar i nervsystemet
- 7 Sjukdomar i matsmältningsorganen
- 8 Sjukdomar i lungor och luftvägar
- 9 Sjukdomar i skelett och bindväv

KÄLLA: SUNDHETS-MINISTERIET, DANMARK, 2006.

har lovat att balansera sina budgetar, säger Kjeld Møller Pedersen, professor i hälsoekonomi vid Syddansk Universitet. Han fortsätter:

– Det leder onekligen till intressanta frågeställningar. Hur stor är den politiska viljan att betala? Kommer vi att tillåta att sjukvårdsbudgetarna växer på andra områdens bekostnad? Jag tror att debatten kommer att bli hård om det här de kommande åren.

Offentligt räcker inte till

En uppenbar förändring som många räknar med är en fortsatt expansion för den privata vårdsektorn i takt med att den offentliga vårdapparaten belastas allt hårdare. Björn Lindgren, professor i hälsoekonomi vid Lunds Universitet, Sverige, räknar med att hela den nordiska välfärdsidén behöver ses över i grunden.

– Vi kommer att få se ett ökat genomslag för privata vårdförsäkringar, alternativt inkomstprövade avgiftssystem. Oavsett vilket blir allt mer av sjukvården privat framöver. Välfärdsstatens grundidé med både offentligt finansierad och producerad sjukvård håller helt enkelt inte för den här utvecklingen.

I Danmark är den utvecklingen redan på god väg. Över tre miljoner danskar har i dag någon form av



Paul Lillrank, professor i produktionsekonomi vid Tekniska Högskolan i Helsingfors, Finland.



Kjeld Møller Pedersen, professor i hälsoekonomi vid Syddansk Universitet.



privat sjukförsäkring – en siffra som växer stadigt. De övriga nordiska länderna är av tradition mer skeptiska till privata inslag inom vården, även om privata sjukförsäkringar är på stark framfart även i Sverige och Finland.

Bara Norge, med sina exceptionellt starka statsfinanser, verkar stå emot trenden.

– Vår finansiella ställning gör att de flesta normmän räknar med en fortsatt offentligt finansierad sjukvård i framtiden. Vi har ju också högre löner här, vilket underlättar rekryteringen av framförallt läkare och specialister. Men vi har samma problem som våra grannar när det gäller äldre- och handikappsomsorgen, säger Terje Hagen, professor i hälsoekonomi vid Universitetet i Oslo, Norge.

Alla experter är dock inte lika säkra på att privat sjukvård blir ett måste i framtiden. Inger Ekman, professor vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien i Göteborg, Sverige, tror att den offentliga vården kan överleva med ett ändrat funktionssätt. Hon talar om en ”patient- eller personcentrerad vård”.

– I dag bygger vården på stora, resurskrävande trauma- och akutenheter. Men i takt med att vi blir äldre går vi mot allt mer kroniska sjukdomstillstånd. Då behövs inte längre samma typ av sjukvårdsapparat inriktad mot akut sjukdom. Genom att vända på perspektivet och anpassa vården till den enskilda patienten kan vi spara in stora resurser, säger hon, och förklarar:

– Det man alltid börjar med inom sjukvården när det kommer en patient är att försöka hitta någon form av sjuklig process, en diagnos. Men det finns en mängd tillstånd där man inte hittar någon patologi. Det rör sig ofta om oförklarliga symtom. Då blir hela behandlingen ineffektiv. Genom att helt enkelt lyssna på den enskilda individen kan vård och stöd anpassas till var och ens behov och resurser vilket gör hela behandlingsproceduren markant mycket billigare.

Likväl talar det mesta för att vi går mot en framtid där vårdbehoven överstiger de offentliga resurserna. Frågan är då hur vi gör med sjukvårdens själva innehåll. Kommer vi att behöva ändra vårdens prioriteringar?

Tydligare prioriteringar

Hittills har samtliga nordiska sjukvårdssystem klarat av att sköta sina prioriteringar mer eller mindre i det fördolda. Selektionen har gjorts antingen lokalt eller på en övergripande, central nivå – men utan att föregås av några synliga debatter. I framtiden, däremot, kommer politikerna inte längre att kunna sopa problemen under mattan. Frågan måste upp till diskussion.

– Det är en fråga om rättigheter. Tydligheten om vilka prioriteringar vi har måste öka, inte minst för att medborgarna ska kunna veta vilka försäkringar de ska skaffa sig, säger Lindgren.



TYDLIGHETEN OM VAD SOM PRIORITERAS MÅSTE ÖKA, INTE MINST FÖR ATT MEDBORGARNA SKA VETA VILKA FÖRSÄKRINGAR DE SKA SKAFFA SIG



Terje Hagen, professor i hälsoekonomi vid Universitetet i Oslo, Norge.



Inger Ekman, professor vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien i Göteborg, Sverige.



Björn Lindgren, professor i hälsoekonomi vid Lunds Universitet.

Han och hans kolleger är överens om att många av dagens sjukdomar i morgon kommer att falla bort från det offentligas ansvar.

– Mycket av det som är livsstilsberoende kommer att försvinna. Det finns läkemedel som ger dig bättre livskvalitet men som inte är direkt sjukdomsmotiverade, säger han.

Hur man än gör väcker dilemmat många frågor. Ska till exempel geriatrik, eller äldreomsorg, tillåtas expandera på annan vårds bekostnad när befolkningarna åldras? Ska fertilitetsbehandlingar och överviktsvård läggas ut på privata aktörer?

– Det offentliga kommer helt klart fortfarande att stå för själva grundvården i samhället. Men sedan är det upplagt för privatiseringar. Samtidigt tror jag att trycket på individens egenansvar kommer att öka. Många sjukdomar beror på val av livsstil. Jag skulle inte bli förvånad om det införs skatteincitament för att sköta sin hälsa, säger Lindgren, och exemplifierar med de skattepålägg som redan finns på exempelvis tobak och alkohol. På samma sätt har skattesubventioner länge använts för att stimulera hälsovårdsbidrag från företaget och arbetsgivare.

Stramare processer ökar produktivitet

Men omprioriteringarna kommer även att påverka sjukvårdens själva infrastruktur. Med åldrandet följer en växande urbanisering, vilket innebär att behovet av stora, centrala lasarett ökar framöver.

– Mindre sjukhus på landsbygden kommer att läggas ned och lämna plats för större sjukhus som samlar upp kompetens och tar tillvara stordriftsfördelar, säger Møller Pedersen.

Men på kort sikt väntas de allra mest betydande kostnadsbesparingarna komma från ett helt annat håll: rationaliseringar. De fyra nordiska länderna



PÅ LYXLISTAN

FÖREBYGGANDE VÅRD

Du förväntas satsa på din egen hälsa och förebyggande vård antas allt mer skötas individuellt. På samma sätt antas du skaffa hälsoinformation på egen hand. Detta leder till en flora av tjänster för en hälsosammare livsstil, sponsrade av arbetsgivare och myndigheter.

KOSMETISK MEDICIN

Kosmetisk medicin förväntas vara privat, vilket också inkluderar tillstånd som vårtor och skelning. Även tillstånd som sångröststörning (medicinskt begrepp för typ av heshet) blir ”kosmetiska”: eftersom det inte är nödvändigt för grundfunktionen blir det en privat påbyggnad.



” DET FINNS LÄKEMEDEL SOM GER DIG BÄTTRE LIVSKVALITET MEN SOM INTE ÄR DIREKT SJUKDOMSMOTIVERADE

har alla av tradition stora, resurskrävande sjukvårdsapparater. Enligt Lillrank finns en väldig potential med att effektivisera sjukvårdens produktionsprocesser.

– Studier från alla nordiska länder visar att så många som nära en tredjedel av alla kirurgiska ingrepp är onödiga eller skadliga. Det finns mycket slack i systemet som kan stramas upp utan att folk

kommer till skada, säger han, och fortsätter:

– Tillämpar man samma typ av industriella flöden och processer som de bästa företagen i den privata sektorn redan gör i dag, skulle man kunna förbättra sjukvårdens produktivitet med upp till 30 procent. Lägg till nya innovationer och siffran kan bli ännu högre. Jag tror att det är här vi kommer att se de snabbaste förändringarna på kort sikt. ■

- SÅ PRIORITERAS VI I FRAMTIDEN

KRONISKA SMÄRTOR

Kroniska sjukdomar, exempelvis buksmärter, ryggont och nackvärk som har oklar orsak och till stor del är psykosomatiska kommer inte att prioriteras i framtiden – om patienten inte fått behandling som påvisligen hjälper.

OMSKÄRELSE

För att undvika kontrovers och för att spara pengar hänskjuts omskärelse till privat, kosmetisk medicin.

ONÖDIGA TESTER

Diffusa symptom är dyra, vilket leder till en jakt på mer effektiva tester. Samtidigt kommer vården att sträva efter att minimera ”onödiga” tester. Undersökningar blir billigare och enklare.

OVANLIGA SJUKDOMAR

Ovanliga sjukdomar blir allt vanligare, främst genom bättre diagnosmetoder och att man kan särskilja mellan olika orsaker till tex bröstcancer. Vissa varianter kommer att behandlas medan andra får mindre stöd.

INEFFEKTIVA BEHANDLINGAR

Fokus kommer fortfarande att hamna på dem som har störst behov och dem som får mest nytta av behandlingen. Vården blir mindre intresserad av att envisas med behandlingar som inte ”biter” – vilket leder till ökat intresse för att hitta sätt att effektivt mäta vad som fungerar individuellt och globalt.

24 SVARAR

VEM SKA BETALA

NORDISKA RÖSTER OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS



Arne Refsum, läkare och ledamot i läkarföreningen, Norge:

"Privata inslag kommer att bli vanligare. Men det gäller framför allt tilläggstjänster som plastikkirurgi. Förhoppningsvis stimulerar den privata sektorn den offentliga till att bli bättre."



Kristina Laksåfoss Søgaard, projektledare på Institutet för Framtidsforskning (IFF), Danmark:

"Vårdsektorn kommer i allt högre grad att privatiseras. Detta på grund av att framtidens äldre kommer att ha mer pengar och inte kommer att nöja sig med den offentliga vårdens standard. Men också för att den offentliga vården i många sammanhang har problem med att följa upp patienter, på grund av rekryteringsproblem och långa värdköer."



Urban Janlert, professor i folkhälsovetenskap vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, Sverige:

"Staten eller landstinget. Offentligt finansierad vård är modellen. Det ska i min mening finnas ett offentligt skyddsnät i ett välfärdsamhälle, annars riskerar det att bli som i USA där vissa inte har råd med vård."



Marianne Falk, verksamhets- ordförande för sjuksköterskeföreningen, Finland:

"Eftersom resurserna blir allt knappare kommer allt mer att betalas av patienterna själva i framtiden. Samtidigt tror jag att den största delen av sjukvården kommer att fortsätta vara offentlig."



Torben Fridberg, forskare i social politik och välfärd, Nationella forskningscentret för välfärd, Köpenhamn, Danmark:

"I Danmark kommer sjukvården bli allt mer privat finansierad. Risken med det är att privatpersoner själva måste betala för att få bra kvalitet. Skräckscenariot vore om vården skulle bygga helt på privata försäkringar, men så långt tror jag inte att det kommer att gå i de nordiska länderna."



Ingrid Kössler, ordförande för bröstcancerföreningarnas riksorganisation, Sverige:

"Stora delar av vården kommer att fortsätta vara offentligt finansierad. Men eftersom vi lever allt längre kommer vi att behöva vård allt senare i livet. Vården måste bli mer effektiv för att klara det. Man måste se på patienterna mer som kunder som ska

få en bra och effektiv service. En av många små förändringar skulle kunna vara att skicka sms till patienterna för att bekräfta till exempel att remisser kommit fram."



Kalervo Väänänen, professor i cellbiologi i Åbo och ordförande för den kommitté som dirigerar Finlands Akademi finansiering till medicinsk forskning:

"Det är på samhällets ansvar att det finns en sjukvård som är tillgänglig för hela befolkningen. Det finns flera sätt att ordna det i praktiken. Man kan tänka sig att kommunerna skulle svara för bashälsovården (så som nu i Finland) medan specialvården skulle överföras till staten (nu sköts den i Finland av kommunsammanslutningar). Det skulle ge en ekonomisk utjämnning mellan kommunerna. Både stat och kommun kunde sedan upphandla tjänster hos privata företag."



Anders Sandberg, forskare i filosofi vid Oxforduniversitetet, England:

"Fler och fler områden blir tillstånd som vi vill ta hand om. Det talar för att sjukvården i framtiden kommer att bli en dyr historia. Rent allmänt tror jag inte att folk är villiga att betala för andras hälsa om vi talar om att bli friskare än någon sorts medelhälsa. Plastikoperationerna, de

entydiga "förbättringarna", kommer folk att få stå för själva. En grundbit kommer att skötas via socialförsäkringar, men mer och mer kommer att betalas individuellt. Ett sätt att neutralisera den här debatten är att försöka automatisera vården - att göra den effektivare."



Hälsominister Jakob Axel Nielsen, Danmark:

"Det offentliga bör betala även i framtiden, när människor blir sjuka och behöver behandling. Inom dansk sjukvård är det fri och lika tillgång till vård som gäller - och så ska det vara även framöver. Men vi bör absolut dra nytta av de privata sjukhusen - både för att köpa oss mer kapacitet och de kan även pressa de offentliga sjukhusen till att leverera så bra vård som möjligt. Både patienter och samhället som helhet gynnas av sund konkurrens."



Inger Ekman, prefekt på Institutionen för värdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien i Göteborg, Sverige:

"Vi kommer att fortsätta att betala för vården via skattsedeln, men vi kommer att behöva göra det annorlunda. Fokus kommer att ligga mer på vilka resurser vi har och hur vi bäst kan använda dem. I dag tenderar vi att skapa sjukdomar av allting, vilket ofta leder

till förenklade svar på i grunden komplexa frågor."



Paul Lillrank, professor i produktionsekonomi vid Tekniska Högskolan i Helsingfors, Finland:

"Självriskerna kommer att höjas. Medborgarna får betala mer för vanlig grundsjukvård - att gå till läkaren blir ungefär som att gå till frisören. Kroniskt sjuka kommer alltjämt att garanteras fortsatt offentligt stöd och subventioner. Upp till en viss nivå får du med andra ord klara dig själv, därutöver finns alltjämt någon form av 'katastrofförsäkring'. Överlag kommer penningströmmarna allt mer att flyta förbi skattesystemet. Vi får ett större inslag av privata sjukförsäkringar även om den offentliga vården också fortsättningsvis kommer att se till att inga människor hamnar helt utanför vårdssystemet."



Lisbeth Löpare-Johansson, sjuksköterska och vice ordförande för Vårdförbundet, Sverige:

"Vården kommer även fortsättningsvis att finansieras av offentliga medel, medan olika tilläggstjänster blir allt mer privat styrda. En ordentlig diskussion behövs om var gränsen ska dras för det offentliga. Det är jätteviktigt att man gör rätt prioriteringar inom vården."

VÅRDEN I FRAMTIDEN?

FRAMTIDA FINANSIERING



Trond Egil Hansen, läkare, Nesttun, Norge:

"Vården i Norge kommer att bli allt mer privatfinansierad. Den som har råd kommer att kunna betala själv för tjänsterna. Det går nog inte att förhindra det. Problemet är om det offentligt finansierade utbudet blir mindre på grund av de privata alternativen."



Anna Örtner, präst, Sollen-tuna församling, Sverige:

"Vi går mot ett fattigare Sverige, där de som har råd kommer att skaffa privata sjukförsäkringar. Det är en sorglig utveckling att alla inte kommer att ha tillgång till samma vård. Man kan hoppas att vinstdrivande företag tar hand om sina anställdas hälsa och att man försöker behålla välfärden så gott det går. Kyrkan kommer att bli allt viktigare som välfärdsaktör."



Mika Gissler, professor vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Sverige samt utvecklingschef på Stakes i Finland:

"Den privata sektorn kommer att öka sin verksamhet och samarbeten mellan offentlig och privat sektor kommer att bli allt vanligare. Patienternas valfrihet kommer att öka, framför allt i Finland.

Men offentlig vård och omsorg kommer fortsatt att vara det vanligaste inom organisering av primär- och specialisttjänster i Norden."



Terje Hagen, professor i hälsoekonomi vid Universitetet i Oslo, Norge:

"I Norge betalar vi sjukvården över skattese-deln, via den offentliga budgeten. Norges exceptionellt gynnsamma statsfinansiella situation gör det osannolikt att det förhållandet kommer att förändras framöver. Scenariot att mer av finansieringen flyttas över på privata försäkringar eller ökade egenavgifter är alltså mindre aktuellt för Norges del, än för övriga nordiska länder."



Päivi Sillanaukee, överdirektör och medicine doktor, Social- och hälsovårdsministeriet, Finland:

"Vem som betalar är inte den mest väsentliga frågan. Hälsovårdstjänsterna hör till de grundläggande rättigheterna för alla. Spelreglerna måste vara rättvisa både när det gäller insamlingen av resurser och världens finansiering. Då får alla tjänster efter behov, oberoende av vem som står för kostnaderna. I dag betalas Finlands vård med skatter, lagstadgad sjukvårdsförsäkring och arbetsinkomstförsäkring. När man dessutom tar med privata försäkringar och avgifter som patienterna själva betalar uppstår en mycket svårhanterlig helhet. Resultatet är att tillgången till vård i vissa fall inte är tillräcklig. Regeringen har förbundit sig att ingående analysera dessa utmaningar."



Björn Lindgren, professor i hälsoekonomi vid Lunds Universitet, Sverige:

"Vi kommer att få se en större andel privata inslag både vad det gäller produktionen och finansieringen av sjukvården framöver. Den offentliga modellen ligger kvar som grund, men avgifter och premier blir sannolikt betydligt mer riskrelaterade. Precis som man infört abonnemangssystem för tandvården där man förbinder sig att sköta sina tänder, kommer vi att få en sjukvård som allt mer betonar patienternas egenansvar för sin hälsa."



Mette Rosenkilde, professor i molekylär farmakologi vid Köpenhamns universitet, Danmark:

"Staten ska finansiera hälsovården genom skattemedlen som medborgarna har betalat. Bara på det sättet kan vi säkerställa en god och jämlik tillgång till vård för alla människor, oberoende av inkomst, ålder och hälsotillstånd. Det här är det lätta svaret i en perfekt värld där det inte råder någon brist på läkare eller sjuksköterskor, och där det finns så stora

resurser att man inte behöver prioritera mellan olika hälsotjänster."



Steinar Hunskaar, forskare vid medicinska fakulteten vid Universitetet i Bergen, Norge:

"Det måste satsas på en stark offentlig hälsovård som ska säkra viktiga vårdtjänster för alla. Hälsovården bör vara gratis och skattefinansierad. Ökande krav på vård och omsorg i framtiden kommer att bli en utmaning för den offentliga ekonomin. Jag tror att det blir vanligt att man köper sig extra tjänster, antingen direkt eller via försäkringsarrangemang."



Lisbeth Schultz, sjuksköterska, Åland, Finland:

"Allt fler privata alternativ kommer inom vården. Förhoppningen är att de kan sätta press på den kommunala sjukvården så att den blir bättre. Men jag tror att skattebetalarna kommer att fortsätta att betala för större delen av vården."



Kjeld Møller Pedersen, professor i hälsoekonomi vid Syddansk Universitet:

"Vården kommer att vara skattefinansierad även fortsättningsvis i Danmark. En del av behandlingarna kommer dock att flyttas över till

privatsjukhus och därmed också finansieras av privata sjukförsäkringar. Nära tre miljoner danskar har redan i dag privata sjukförsäkringar, varav 1,8 miljoner är försäkringar som till exempel ger tillgång till operationer på privatsjukhus."



Ursula Tenglin, generalsekreterare för Cancerfonden, Sverige:

"När det gäller cancer-vården har jag svårt att se något annat än att samhället finansierar. Där- emot kommer det att bli en större mångfald bland dem som utför sjukvården. Och då är det viktigt att det finns en kontroll så att alla garanteras rätten till lika vård."



Hannu Hanhijärvi, programdirektör Sitra, jubileumsfonden för Finlands självständighet:

"Andelen äldre växer snabbt i förhållande till de förvärvsarbete - därför behövs nya angreppssätt för att upprätthålla dagens vårdstandard. Studier visar att det finns anledning till optimism om vi rör oss ifrån dagens aktivitetsbaserade vård mot en resultatinriktad vårdservice. Med de bästa metoderna och kvalitetsmätningar verkar det finnas utrymme för kostnadsökningar på cirka 20 procent. Då förefaller nuvarande skattefinansiering tillräcklig. Men en bra privat sektor behövs för att behålla nödvändig konkurrens."

6

ÖDESFRÅGOR

Den nordiska sjukvården står inför stora framtidsutmaningar. Antalet människor som behöver vård blir fler. Det kommer nya mediciner och behandlingsmetoder som är bättre men dyrare än de gamla alternativen. Det allmännas resurser kommer inte att räcka till för allt som blir möjligt. Här är sex ödesfrågor om hälsa och sjukvård som måste upp till en bred debatt.

1

VILKA SJUKDOMAR SKA SAMHÄLLET TA ANSVAR FÖR - OCH VILKA INTE?

2

HUR PRIORITERAR VI VEM SOM SKA FÅ VÅRD NÄR DET KOMMER DYRARE OCH BÄTTRE VÅRDMETODER?

3

VILKA BLIR DE NYA EPIDEMIerna OCH HUR SÄTTER VI STOPP FÖR DEM?

4

HUR SKA VI FÅ TILLRÄCKLIGT MED PERSONAL TILL VÅRDEN?

5

ÄR DET OKEJ ATT MAN KÖPER SIG BÄTTRE VÅRD?

6

HUR SKA VI GÖRA FÖR ATT LEVA HÄLSOSAMMARE?

If 2008

If är Nordens ledande skadeförsäkringsbolag med cirka 3,6 miljoner kunder i Norden, Baltikum och Ryssland. If har cirka 6 900 anställda och erbjuder hela bredden av skadeförsäkringslösningar och tjänster, för allt från privatpersoner till globala industriföretag.

2008 var ännu ett framgångsrikt år för If. Trots finanskrisen överträffar bolaget sina resultatmål för femte året i rad. Det försäkringstekniska resultatet blev 5 273 MSEK. Totalkostnadsprocenten var 91,8 procent, klart bättre än det långsiktiga målet att ligga under 95 procent.

Framgångarna är en följd av en systematisk och långsiktig satsning, med starkt kundfokus, selektiv tillväxtstrategi och kostnadseffektivitet som huvudelement.

Ifs affärsverksamhet bedrivs i affärsområdena Privat, Företag, Industri samt Baltikum och Ryssland.



Affärsidé, strategi och finansiella mål

Ifs vision är att vara Nordens och Baltikums ledande försäkringsbolag med de mest nöjda kunderna, den främsta försäkringsexpertisen och den bästa lönsamheten.

Affärsidé

If erbjuder prisvärda försäkringslösningar som ger kunderna trygghet och stabilitet i företagande, boende och vardag.

Strategiska mål

Ifs mål är att etablera en långsiktigt bättre lönsamhet och kundnöjdhet än konkurrenterna samt ha en hög kreditvärdighet.

Strategisk inriktning

Kundvärde

If ska överträffa kundernas förväntningar genom överlägsna försäkringslösningar, snabb och korrekt skadehantering och sympatiskt bemötande.

Fokuserad försäkringsexpertis

If ska målmedvetet stärka organisationens kompetens att utveckla, prissätta och distribuera försäkringsprodukter samt att förebygga och hantera skador.

Nordisk affärsplattform

If ska skapa konkurrensfördelar genom stordriftsfördelar och kunskapsöverföring utifrån en integrerad nordisk och baltisk organisation.

Investeringsstrategi med balanserad risk

If eftersträvar balans mellan risker i försäkrings- och investeringsportföljen. If har som investeringsstrategi att balansera försäkringsrörelsens åtaganden med placeringstillgångar avseende valuta och löptid. Överskjutande kapital investeras i syfte att öka den totala avkastningen.

Kärnvärden

Enkla att nå och förstå

Det är lätt att komma i kontakt med If, och medarbetare, produkter och tjänster är enkla att förstå.

Engagerade

If tar initiativ och bryr sig om mig.

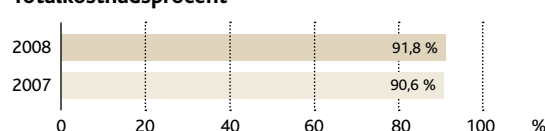
Pålitliga

If håller vad de lovar och hjälper mig när det behövs.

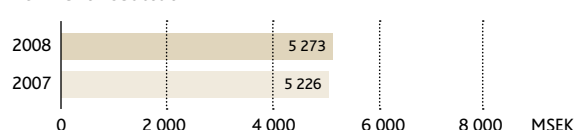
Nyskapande

If driver utvecklingen framåt och skapar ständigt nya försäkringsprodukter och tjänster.

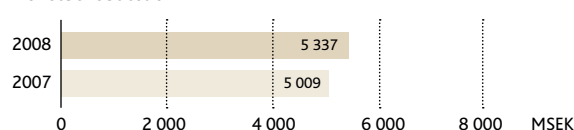
Totalkostnadsprocent



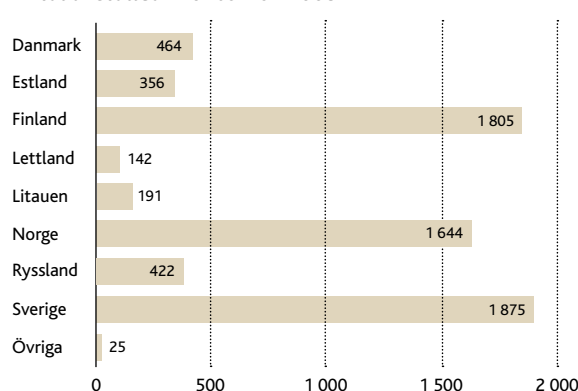
Tekniskt resultat



Rörelseresultat



Antal anställda i koncernen 2008



Totalt antal anställda: 6 924

Marknad och konkurrenter

Norden är den sjunde största skadeförsäkringsmarknaden i Europa, med ett uppskattat premievärde om cirka 200 miljarder SEK. Europa har ett totalt premievärde på 3,900 miljarder SEK. Av den totala europeiska skadeförsäkringsmarknaden är If Nordens största och ett av Europas 15 största noterade skadeförsäkringsbolag.

Norden

If är ett renodlat skadeförsäkringsbolag med en integrerad nordisk organisation och verksamhet. Totalt motsvarar Ifs marknadsandel cirka en femtedel av den nordiska marknaden. I Sverige, Norge och Finland tillhör If de ledande sakförsäkringsbolagen med en marknadsandel på 20, 29 och 27 procent i respektive land. På den danska marknaden, som är mer fragmenterad, är If det femte största bolaget med en marknadsandel på 5 procent.

Den nordiska försäkringsmarknaden är relativt konsoliderad. De fem största bolagen har närmare två tredjedelar av marknaden och de fyra största bolagen är etablerade i mer än ett nordiskt land. De största bolagens marknadsandel har ökat sedan mitten av 1990-talet.

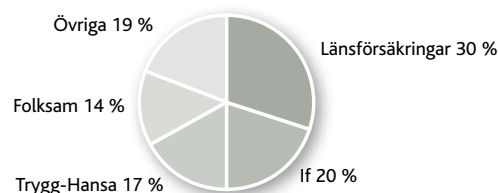
Konkurrensen på den nordiska försäkringsmarknaden har varit intensiv de senaste åren. Exempelvis har flera aktörer visat hög aktivitetsnivå för att stärka distributionskraften via allianspartners och Internet. Marknaden har även sett etableringar från ledande utländska bolag primärt inom industrisegmentet samt banker som expanderat sitt produktutbud med skadeförsäkringsprodukter, i vissa fall även som försäkringsgivare.

Den finansiella krisen och den följande inbromsningen av ekonomin har även påverkat skadeförsäkringsbranschen. Framför allt påverkas kapitalavkastning för alla bolag och indirekt även solvenssituationen av fallande marknadsvärden på placeringstillgångar. Marknaden som helhet, i form av inbetalda premier, är fortsatt stadig även om marknadstillväxten inom vissa produktområden avstannat något under andra halvåret på grund av lägre ekonomisk aktivitet. Avseende skadekostnader så förväntas skadeinflationstrycket gradvis avta något framöver allteftersom kapacitetsutnyttjande faller. Nedgången sker dock från en relativt hög nivå även under 2008. Den turbulenta utvecklingen på de finansiella marknaderna kommer att öka kraven på försäkringsbolagen att ha en sund och effektiv verksamhet.

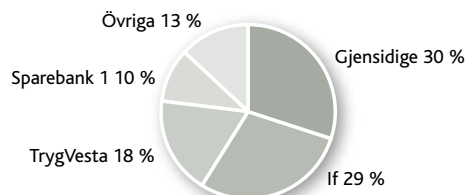
Baltikum

På den relativt konsoliderade estniska skadeförsäkringsmarknaden är If det största skadeförsäkringsbolaget med en marknadsandel på 32 procent. Inom de mer fragmenterade lettiska och litauiska marknaderna är If den fjärde respektive den femte största aktören. I Lettland hade If 2008 en marknadsandel på 9 procent medan den i Litauen var 10 procent.

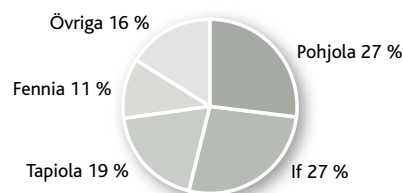
Marknadsandelar i Sverige



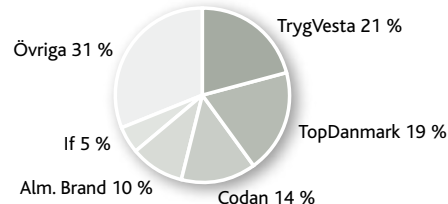
Marknadsandelar i Norge



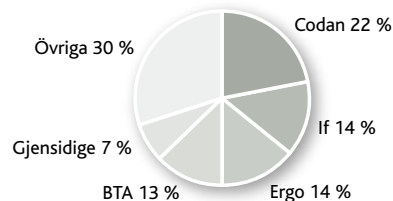
Marknadsandelar i Finland ¹⁾



Marknadsandelar i Danmark ¹⁾



Marknadsandelar i Baltikum



¹⁾ Avser år 2007.

Ifs affärsområden

Ifs affärsverksamhet drivs från ett nordiskt perspektiv. Verksamheten är indelad i kundsegment inom affärsområdena Privat, Företag och Industri. Baltikum och Ryssland, med speciella marknadsförutsättningar, är ett separat affärsområde.

Privat

If är det ledande försäkringsbolaget för privatpersoner i Norden. Affärsområde Privat har cirka tre miljoner kunder i Norge, Sverige, Finland och Danmark. Det tekniska resultatet blev 2 807 MSEK för 2008. Totalkostnadsprocenten var 91,3 procent.

Hur gick 2008?

– 2008 gick bra! Resultatet var starkt med en bra totalkostnadsprocent, lägre kostnadsprocent och ökad försäljning. Och vi hade framgångar på marknaden. I Finland har exempelvis våra storsatsningar som samarbetet med S-gruppen, introduktionen av ett nytt förmånsprogram och våra internetinitiativ blivit en ren succé. I Norge passerade vi 100 000 sålda barnförsäkringar under 2008, remarkabelt med tanke på att vi bara erbjudit barnförsäkringar i fyra år. I Sverige överträffade efterfrågan på nya StorHem, landets bästa hemförsäkring, alla förväntningar. Och i Danmark, där If annars är små på privatmarknaden, försäkras vi nu var tionde ny bil med hjälp av en affärsmodell som vi importerat från If i Sverige.



Line Hestvik,
affärsområde
Privat.

Hur påverkas ni av finanskrisen?

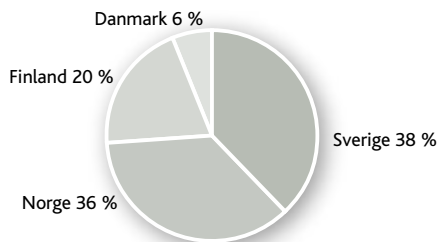
– If är en partner att lita på också när det blåser hårt. Vi har varit här i hundra år och vi kommer att finnas kvar om hundra år. Vi kommer att

hjälpa våra kunder och våra partners genom den här krisen också. Men självklart är If inte opåverkade av nedgången i samhällsekonomin. Minskad nyförsäljning av bilar och färre nya fastigheter begränsar förstås våra offensiva möjligheter, och det ökar konkurrensen mellan försäkringsbolagen.

Vad satsar ni på 2009?

– Bland annat lanserar vi vår nya hemsida. Målet är att bli det bästa försäkringsbolaget på nätet, både för kundkontakter, service och försäljning. Dessutom förenklar och automatiserar vi skadehantering så att kunderna får ännu snabbare service. Och i Danmark kommer vi att utnyttja vår utmanarposition för att verkligen vara på offensiven.

Bruttopremie- inkomst per land



Företag

Affärsområde Företags målgrupp är företag med upp till 500 anställda. Affärsområdet är nordisk marknadsledare och har omkring 330 000 företagskunder. Det tekniska resultatet blev 1 562 MSEK 2008. Totalkostnadsprocenten var 92,4 procent.

Hur gick 2008?

– Vi gjorde återigen ett riktigt bra resultat. Vi har haft en stark och förutsägbar resultatutveckling i en rad år nu och det skapar trygghet hos kunder, ägare och medarbetare. Och det är viktigt, i synnerhet när omvärlden är så turbulent som den är nu.

Hur påverkas ni av finanskrisen?

– If står stabilt i den ekonomiska stormen. Men näringslivet drabbas och därmed också våra kunder. Tyvärr får vi troligen se en viss utslagning bland företagen. Och nyinvesteringarna blir färre. Så försäkringsmarknaden kommer knappast att växa som helhet. Å andra sidan krymper den sannolikt inte heller, åtminstone inte i någon större omfattning. De fastigheter, fordon, medarbetare och annat som redan är hos företagen måste försäkras också framöver.

Ivar Martinsen,
affärsområde
Företag.

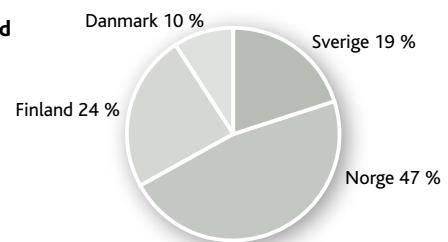
En erfarenhet från tidigare nedgångar är att företagen blir mer försiktiga med sina tillgångar vilket kan komma att begränsa antalet skador.

Vad satsar ni på 2009?

– Många kunder möter stora och påfrestande utmaningar nu när omvärlden är så otrugg. If har den ekonomiska styrkan att vara en pålitlig partner för dem i den snällblåsten. Det, tillsammans med hög kvalitet i produkter och service, gör att vi har goda möjligheter att stärka vår position på marknaden det kommande året.

Vi ska utveckla en rad nya kundfördelar och vara ännu mer aktiva på marknaden trots de dåliga tiderna. Samtidigt gör vi stora it-satsningar som syftar till att förenkla för kunderna och stärka våra erbjudanden. 2009 blir ett offensivt år för If på företagsmarknaden.

Bruttopremie- inkomst per land



Industri

Affärsområde Industri är störst i Norden inom industriförsäkring och den femte största förmedlaren av industriförsäkring i Europa. Kunderna är nordiska företag med en försäljning på över 500 MSEK och mer än 500 anställda. Affärsområde Industri har cirka 1 300 kunder. Det tekniska resultatet blev 657 MSEK och totalkostnadsprocenten 93,4 procent.

Hur gick 2008?

– Resultatet är tillfredställande, inte minst med tanke på att If och hela försäkringsbranschen drabbades av väldigt många stora skadehändelser förra året. Första halvåret 2008 var det värsta skadehalvåret någonsin globalt sett.

Hur påverkas ni av finanskrisen?

– Finanskrisen bekräftar Ifs ställning som den ledande aktören inom storkundssegmentet i vår del av Europa. Vi har arbetat målmedvetet med att vara en professionell partner till våra kunder, med tydliga villkor som vi är överens om hur man ska tolka. Det betalar sig nu när det är tuffare tider. En annan effekt är naturligtvis att de försäkringsbolag som till skillnad mot If drabbas direkt av krisen fått betydande problem att hävda sig i konkurrensen.



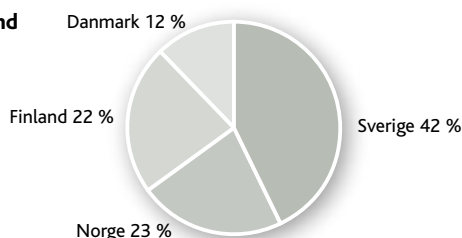
Morten Thorsrud,
affärsområde
Industri.

Jag hoppas att finanskrisen kommer att leda till enklare försäkringsmodeller. I dag gör många storkunder upplägg som är så komplexa att man helt enkelt inte kan överblicka dem. Vi måste få en helt annan transparens. Riskerna med dagens ordning är alldeles för stora.

Vad händer 2009?

– Min bedömning är att priserna kommer att stiga. Jag säger det med stor respekt för att många storföretag har pressats mot väggen av finanskrisen. Men flera faktorer talar för höjningar. Återförsäkringarna blir dyrare efter förra årets många storskador. Äventyrliga konkurrenter som i åratals varit priskrigare hotas nu av undergång, deras affärsmodell kollapsar när kostnaden för kapital ökar. Marknaden kommer att nyktra till och vi får en mer långsiktig och seriös prisbild.

Bruttopremie- inkomst per land



Baltikum och Ryssland

Affärsområde Baltikum och Ryssland omfattar Estland, Lettland, Litauen och Ryssland. Antalet kunder är cirka 425 000, både privatpersoner och företag. Det tekniska resultatet blev 183 MSEK och totalkostnadsprocenten 92,6 procent.

Hur gick 2008?

– Det har varit ett dramatiskt år. Krisen har slagit hårt i Baltikum. Det märks exempelvis genom att försäljningen tappar fart, även om volymökningen fortfarande är över tio procent. Lönsamheten är utmärkt, men det hänger också delvis samman med krisen. Folk har ont om pengar och kör mindre bil eftersom bensinen är dyr. Med färre skador som följd.

2008 köpte vi det ryska försäkringsbolaget Region och etablerar oss därmed på privatmarknaden där. Det är en framtidsatsning med stor potential. Även om Ryssland nu upplever en svår ekonomisk fas så kommer man att återhämta sig och då finns vi där. Starten har varit bra. Region växte med över 25 procent 2008.



Timo Vuorinen,
affärsområde Baltikum
och Ryssland.

Hur påverkas ni av finanskrisen?

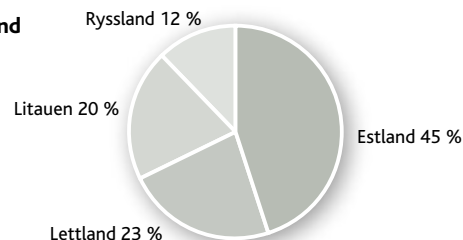
– Vi påverkas tydligt. Särskilt i länderna i Baltikum som ju är i en djup kris och där det enligt min bedömning kommer att ta flera år innan svårigheterna är över. I Ryssland kommer vändningen sannolikt snabbare.

Vad händer 2009?

– I Baltikum gör vi en särskild satsning på att stärka vårt erbjudande till befintliga kunder. Vi är extra viktiga för dem nu när tiderna är tuffa. Vi kommer också att lansera nya lösningar för de kunder som är verkligen utsatta ekonomiskt, en grupp som dessvärre växer snabbt i Baltikum just nu. Och självklart ser vi hela tiden över vår kostnadsbild.

I Ryssland är vårt fokus i allt väsentligt att integrera If och Region och att utnyttja vår gemensamma styrka på marknaden, exempelvis genom att skapa allianser med banker och bilhandlare.

Bruttopremie- inkomst per land



Fem år i sammandrag ¹⁾

Resultatsammandrag

MSEK	2008	2007	2006	2005	2004
Premieintäkter, f e r	36 635	35 128	34 837	34 426	32 764
Försäkringsersättningar, f e r	-27 269	-25 795	-25 252	-25 028	-24 105
Driftskostnader i försäkringsrörelsen, f e r	-6 372	-6 045	-6 063	-6 135	-6 233
Kapitalavkastning överförd från finansrörelsen	2 242	1 894	1 602	1 537	1 816
Övriga tekniska intäkter	249	272	210	164	406
Övriga driftskostnader	-212	-228	-210	-179	-178
Tekniskt resultat	5 273	5 226	5 124	4 785	4 470
Kapitalförvaltningens resultat och övriga poster	64	-217	1 702	2 708	849
Resultat före skatt	5 337	5 009	6 826	7 493	5 319
Skatt	-1 451	-1 321	-1 955	-2 015	-1 290
Årets resultat	3 886	3 688	4 871	5 478	4 029

Balansräkning per 31 december, verkligt värde

MSEK	2008	2007	2006	2005	2004
Tillgångar					
Immateriella tillgångar	1 335	1 138	1 228	1 324	1 359
Placeringstillgångar	98 036	94 307	89 796	92 283	80 815
Återförsäkrares andel av försäkringstekniska avsättningar	4 686	4 573	4 711	5 192	6 129
Uppskjuten skattefordran	1 497	721	947	1 113	1 643
Fordringar	9 750	9 069	8 087	7 901	7 230
Andra tillgångar, förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	4 935	4 297	6 982	5 066	4 296
Summa tillgångar	120 239	114 105	111 751	112 879	101 472
Eget kapital, avsättningar och skulder					
Eget kapital	17 140	18 504	19 304	24 363	20 822
Förlagslån	4 489	3 893	3 721	3 859	2 362
Uppskjuten skatteskuld	4 011	3 640	3 603	3 087	1 921
Försäkringstekniska avsättningar	85 749	80 506	74 554	74 027	68 554
Skulder	6 109	4 655	7 705	4 645	5 013
Avsättningar, upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	2 471	2 907	2 864	2 898	2 800
Summa eget kapital, avsättningar och skulder	120 239	114 105	111 751	112 879	101 472
Konsolideringskapital	24 143	25 316	25 681	30 196	23 462
Nyckeltal skadeförsäkring					
Skadeprocent	74,4 %	73,4 %	72,5 %	72,7 %	73,6 %
Driftskostnadsprocent	17,4 %	17,2 %	17,4 %	17,8 %	19,0 %
Totalkostnadsprocent	91,8 %	90,6 %	89,9 %	90,5 %	92,6 %
Omkostnadsprocent	23,7 %	23,7 %	24,0 %	24,3 %	25,6 %
Nyckeltal kapitalförvaltning					
Totalavkastningsprocent ²⁾	-3,1 %	2,6 %	4,3 %	5,8 %	4,3 %
Övriga nyckeltal					
Kapitalbas	21 890	23 426	25 400	25 985	21 482
Solvensmarginal	6 199	6 094	5 868	5 938	6 368
Konsolideringsgrad	65,7 %	71,3 %	73,6 %	87,5 %	69,8 %

¹⁾ If tillämpar sedan 1 januari 2005 internationella redovisningsstandarder (IFRS), varvid samtliga uppgifter avseende 2004 har räknats om i enlighet med dessa principer och med beaktande av bestämmelserna i IFRS 1 om första tillämpning av IFRS.

²⁾ Beräkningar är gjorda enligt de principer som används internt inom If för utvärdering av kapitalförvaltningen.



KONTAKT:

Sverige: tfn 0771 43 00 00, www.if.se

Norge: tfn 980 024 00, www.if.no

Danmark: tfn 70 12 12 12, www.if.dk

Finland: tfn 010 515 10, www.if.fi

