

Hur mycket vårdtyngre är äldre än yngre?

Svårförståeliga skillnader vid bruket av åldersvikter

**I samband med husläkarreformen började många lands-
ting fördela resurser till primär-
vården efter hur många patien-
ter som fanns på listorna eller i
områdena. Genom åldersvikt-
ning gavs de äldre en större
tyngd och därmed en högre er-
sättning.**

**Hur väl stämmer landsting-
ens skattade åldersvikter över-
ens med verklighetens vikter?**

Under en månad 1996 förde tio distriktsläkare tidbok över samtliga konsultationer. Tidsåtgången per listad patient var högst bland de äldsta, knappt 5 minuter per månad. Genom att vikten för åldersgruppen 7–64 år sattes till 1,0 kunde de relativa åldersvikterna för övriga åldersgrupper uträknas till 1,6 (0–6 år), 2,6 (65–79 år) och 3,8 (80– år).

Under våren 1997 gjorde vi en rundringning till sjukvårdshuvudmännen i södra Sverige. Vi fann att fem av sju fördelade resurser med hjälp av åldersvikter, att de använde dessa vikter på väldigt olika sätt, och att vikterna såg väldigt olika ut. Det är svårt att förstå hur sjukvårdshuvudmännen kunnat komma fram till så pass olika sätt att räkna ut ersättningen till primärvården.

Nya begrepp

Under husläkareran begåvades den medicinska terminologin med ett antal nya begrepp. Ett av de viktigaste var »kapitationsersättning», det vill säga hur mycket »pengar per skalle» varje medborgare, på listan eller i området, skulle inbringa till läkaren eller hans/hennes mottagning. Varje landsting

Författare

MAGNUS APPERT

distriktsläkare, Smedby vårdcentral, Kalmar

ANDERS HÅKANSSON

docent, universitetslektor, Samhällsmedicinska institutionen, Malmö.

Tabell 1. Antal konsultationer och laboratoriesvar för tio distriktsläkare under en månad vardera, samt tidsåtgång per konsultation, tid per listad patient per månad, och åldersvikter för de fyra olika åldersgrupperna. (Åldersvikten för gruppen 7–64 år sattes till 1,0 och därefter räknades vikterna för övriga åldersgrupper ut.)

Ålders- grupp (år)	Antal		Minuter/konsultation (inklusive lab)	Minuter/listad patient/månad	Ålders- vikt
	Konsultationer	Laboratorie- svar			
0–6	265	16	12,1	2,05	1,6
7–64	1 019	345	19,4	1,30	1,0
65–79	462	212	22,7	3,44	2,6
80–	308	120	21,9	4,97	3,8
Totalt	2 054	693	19,6	1,90	–

med självaktning tog fram sina regler för hur kapitationsersättningen skulle beräknas [1], ofta med bräckligt beslutsunderlag och vanligtvis utan samordning med andra landsting.

Frisk 85-årig dam – en »fullpoängare»

Ett faktum syntes man dock vara överens om, att patientens vårdtyngd varierar med åldern [2, 3]. Genom »åldersviktning» gavs de äldre, och ibland de allra yngsta, en större tyngd och därmed en högre ersättning.

»Fullpoängaren» på listan blev den väsentligen friska 85-åriga damen, som i kraft av sin ålder gav god ekonomisk utdelning, men som i kraft av sin friskhet vanligen skötte sig själv och knapast besvårade läkaren.

I Malmöhus läns landsting beräknade man sjukvårdskostnaderna per individ. Dessa beräkningar fick sedan ligga till grund för åldersviktningen också i Stockholms läns landsting, där man dessutom vägde in sociala faktorer när man räknade ut kapitationsersättningen [4].

I Kalmar läns landsting satte man vikten för åldersgruppen 7–64 år till 1,0 och uppskattade de relativa vikterna för övriga åldersgrupper enligt följande: 0–6 år 1,5; 65–79 år 2,0; och 80– år 3,5.

Vilken åldersviktning av ersättningen är rimlig?

Genom att studera olika åldersgruppers tidsåtgång vid läkarbesök ville vi få ett mera välunderbyggt svar på frågan om vilken åldersviktning av kapita-

tionsersättningen som är rimlig i primärvården – i första hand i det egna landstinget, men också för övriga sjukvårdshuvudmän.

Huruvida dessa åldersvikter på ett bra sätt speglar vårdtyngden i en befolkningsgrupp, och i vilken utsträckning sociala faktorer bör inkluderas i vårdtyngdsberäkningarna, ligger däremot utanför ramen för denna studie.

Studien genomfördes av åtta distriktsläkare på Nybro vårdcentral och två på Smedby vårdcentral. Den förstnämnda vårdcentralen ligger cirka tre mil från länssjukhuset i Kalmar, den andra i utkanten av Kalmar knappt en mil från länssjukhuset.

Vid tidpunkten för studien hade de tio läkarna på sina listor sammanlagt 21 124 patienter (medelvärde 2 112; variationsvidd 1 992–2 250). I åldersgruppen 0–6 år fanns 7,4 procent av patienterna (variationsvidd 2,8–9,7 procent); i åldersgruppen 7–64 år 71,7 procent (64,5–76,6 procent); i åldersgruppen 65–79 år 14,5 procent (10,0–20,8 procent); och i åldersgruppen 80 år och däröver fanns 6,4 procent (variationsvidd 3,7–9,2 procent) av patienterna.

Först testades metodiken av en distriktsläkare under januari månad 1996. Därefter genomfördes huvudstudien under april månad samma år av nio distriktsläkare, två kvinnliga och sju manliga. Totalt registrerade de tio läkarna 2 054 konsultationer (medelvärde 205; variationsvidd 62–324).

Under studiemånaden noterades tidsåtgången för varje konsultation, definierad som mottagningsbesök, tele-

Tabell II. Åldersviktning för de olika sjukvårdshuvudmännen i södra Sverige enligt telefonintervjuer. Landstingen i Kristianstads och Malmöhus län samt Malmö stad har angett kronotal, varför åldersvikter beräknats av författarna. Landstinget Kronoberg och Landstinget Blekinge tillämpar ingen åldersviktning. (Åldersvikterna anges med fet stil.)

Landstinget i Kalmar län	Landstinget i Kristianstads län	Malmöhus läns landsting	Malmö stad	Landstinget Halland
»Åldersviktning 1997» (Enligt studien 1996)	»Konsumtion distriktsvård och husläkare» (Kronor per invånare)	»Resursförbrukning i och resursfördelning till primärvården» (Kronor per invånare)	»Kapitationsersättning» (Kronor per invånare)	»Åldersviktning i grundkomponenten»
0–6 1,5 (1,6)	0–4 (1 124) 0,9	0–4 (2 056) 3,0	0–6 (907) 3,4	0–4 1,75
7–64 1,0 (1,0)	5–64 (1 266) 1,0	5–64 (692) 1,0	7–64 (270) 1,0	5–64 1,00
65–79 2,5 (2,6)	65–74 (3 192) 2,5	65–74 (1 156) 1,7	65–74 (907) 3,4	65–74 1,75
80– 3,0 (3,8)	75–79 (4 969) 3,9	75–84 (1 769) 2,6	75– (1 815) 6,7	75– 2,50
	80–84 (6 576) 5,2	85– (2 331) 3,4		
	85– (7 475) 5,9			

fonkonsultation, hembesök eller besök på barnavårdscentral, och dessutom angavs om konsultationen ledde till någon åtgärd i form av remiss för klinisk kemi, klinisk fysiologi eller röntgen.

Patienterna delades in i de fyra ovan nämnda åldersgrupperna.

För att ta reda på tidsåtgången för handläggning av remissvar från klinisk kemi, klinisk fysiologi och röntgen gjordes under perioden september–november 1996 en tidsstudie av fyra distriktsläkare.

Därefter relaterades den sammanlagda tidsåtgången för egentliga konsultationer och eventuella åtgärder till det totala antalet listade individer i de fyra åldersgrupperna, det vill säga inklusive sådana som inte sökt läkare under den aktuella månaden, och på så sätt kunde tidsåtgången per listad patient och månad, och därmed olika åldersvikter, räknas ut.

Slutligen användes dessa åldersvikter för att beräkna listpoäng för de tio läkarna. Dessa poängtal kunde efter standardisering jämföras med de tio läkarnas listpoäng beräknade med hjälp av landstingets åldersvikter.

För att få färskare uppgifter om förekomsten av åldersviktning vid fördelningen av resurser till primärvården gjordes under våren 1997 en rundringning till de sju sjukvårdshuvudmännen i södra Sverige.

Hur lång tid tar patienterna?

Genomsnittstiden för handläggning av laboratorieresvar var likartad i de fyra åldersgrupperna (medelvärde 4,1 minuter; variationsvidd 3,1–4,2 minuter).

Två tredjedelar av konsultationerna ledde inte till någon åtgärd enligt den här valda definitionen (Tabell I). I genomsnitt varade varje konsultation, inklusive eventuell åtgärd, 19,6 minuter. Läkarbesöken i åldersgruppen 0–6 år tog drygt hälften så lång tid som besöken för övriga åldersgrupper.

Tidsåtgången per listad patient i de

fyra åldersgrupperna varierade mellan 1,30 och 4,97 minuter per månad (Tabell I). Genom att vikten för åldersgruppen 7–64 år sattes till 1,0 kunde de relativa åldersvikterna för övriga åldersgrupper uträknas till 1,6, 2,6 respektive 3,8.

Den totala listpoängen beräknad med studiens åldersvikter blev något högre än landstingets, varför en standardisering till samma totalpoäng blev nödvändig. Efter denna varierade de tio distriktsläkarnas listpoäng, det vill säga summan av antalet patienter i de olika åldersgrupperna multiplicerad med respektive åldersvikt, från 2 474 till 3 203 med studiens åldersviktning, och mellan 2 520 och 3 148 med landstingets åldersviktning.

För de enskilda läkarna innebar det ingen stor skillnad om deras listpoäng räknades ut med hjälp av studiens eller landstingets åldersvikter; avvikelserna varierade mellan –1,8 procent och +2,0 procent.

Hur viktas man i södra Sverige?

Vid rundringning till sjukvårdshuvudmännen i södra Sverige framkom att fem av sju tillämpade någon form av åldersviktning vid fördelningen av resurser till primärvården (Tabell II).

Åldersintervallen varierade mellan sjukvårdshuvudmännen, varför ersättningsbeloppen för åldersgruppen 5–64 år för landstingen i Kristianstads och Malmöhus län samt för åldersgruppen 7–64 år för Malmö stad fick beräknas, liksom de relativa vikterna för de övriga åldersgrupperna.

Landstinget i Kalmar län har en åldersrelaterad viktning vid ersättning till distriktsläkarmottagningar och privata allmänläkare med vårdavtal. Landstinget i Kristianstads län har »behovsrelaterad» budget för distriktsvård och husläkarvård, där man använder vägd åldersfördelning till 90 procent och »behov» till 10 procent.

Malmöhus läns landsting har en

»vårdbehovsbaserad» budgetering för primärvården, som bygger på landstingets totala sjukvårdskostnader. Malmö stads hälso- och sjukvårdsnämnd har avtal med privata husläkare, där kapitationsersättningen är åldersviktad.

Landstinget Hallands resurstilldelning från landstingsfullmäktige till primärvårdsnämnderna består av en befolkningsbaserad grundtilldelning, som är åldersviktad, samt extra ersättningar beroende på eventuella sidoaktiviteter.

Landstinget Kronobergs budget för vårdcentralerna är »behovsrelaterad och målstyrd». Också Landstinget Blekinge tillämpar en traditionell ekonomistyrningsmodell, som bygger på principen om »mål- och ramstyrning». Dessa två landsting har således ingen åldersviktning.

Har lyckats relativt väl

Kalmar läns landsting förändrade sin åldersviktning mellan 1996 och 1997, men både den nya och den gamla ligger förvånansvärt nära de här presenterade resultaten. Om denna studies åldersvikter generaliseras till att gälla hela året och hela landstinget, så har vikten för åldersgruppen 65–79 år korrigerats rätt, medan vikten för åldersgruppen 80 år och äldre korrigerats fel.

För de enskilda distriktsläkarna innebar det inte någon stor skillnad om deras listpoäng, och därmed ekonomiska ersättning, räknades ut med hjälp av studiens eller landstingets åldersvikter. Detta talar för att landstinget lyckats relativt väl i sin skattning av den åldersrelaterade vårdtyngden.

Svårt förstå olikheterna

Jämförelsen med övriga sjukvårdshuvudmän försvåras av att åldersviktningen används på olika nivåer i sjukvårdsorganisationen, kombineras med andra ersättningsberäkningar och avser hela eller delar av det totala primärvårdsutbudet. Vidare använder man olika åldersgrupperingar.

Det är svårt att förstå hur så näralig-

gande sjukvårdshuvudmän kunnat komma fram till så pass olika sätt att räkna ut ersättningen till primärvården.

Med dessa reservationer kan man ändå tycka att Malmöhus läns landsting och Malmö stad valt höga åldersvikter när det gäller de yngsta, och att landstinget i Kristianstads län och Malmö stad valt höga åldersvikter för de äldsta.

Särskilt Malmö stad har ekonomiskt prioriterat de yngsta och de äldsta på bekostnad av åldersgruppen 7–64 år, och här bör jämförelsen med landstinget i Kalmar län vara adekvat eftersom båda sjukvårdshuvudmännen inskränkt sig till att räkna ut kapitationsersättningen enbart till allmänläkarvård.

Vid resursfördelningen till primärvården tar flertalet sydsvenska sjukvårdshuvudmän enbart, eller nästan enbart, hänsyn till åldersfördelningen på läkarnas listor eller i vårdcentralernas områden. Åldersvikternas storlek avgör hur mycket pengar man får.

Vi har studerat hur mycket läkartid människor i olika åldrar verkligen använder. Detta som ett mått på den faktiska vårdtyngden i de olika åldersgrupperna.

Har bortsett från sociala faktorer

Självklart är vi medvetna om att även sociala faktorer har betydelse för hur vårdtunga läkarens lista eller områdets befolkning är, men eftersom landstingen i sina beräkningar bortsett från detta har också vi gjort så. Vårt syfte var ju att se hur väl sjukvårdshuvudmännens skattade åldersvikter stämde överens med verklighetens vikter.

Det är oklart hur många av de listade individerna som under studiemånaden sökte annan läkare än sin egen distriktsläkare.

Sannolikt är detta antal litet, men även om så inte skulle vara fallet skulle studiens huvudresultat (de relativa åldersvikternas storlek) förändras först om bortfallet var ojämnt fördelat över åldersgrupperna.

Hur många som sökt annan läkare än sin listläkare spelar inte heller någon roll för den ekonomiska ersättningen, eftersom denna baserar sig på antalet individer i olika åldersgrupper på listan och någon avräkning för besök hos andra läkare inte görs.

Registreringen gjordes under en månad av synnerligen motiverade kolleger, men man kan naturligtvis ändå ha glömt bort att notera enstaka konsultationer. Det finns inget som talar för att bortfallet skulle vara ojämnt fördelat över åldersgrupperna.

Konklusion

Sammanfattningsvis har vi visat att landstinget i Kalmar län valt adekvata

åldersvikter när det gäller fördelningen av resurser till primärvårdens läkare.

Vi har också visat att sjukvårdshuvudmännen i södra Sverige använder eventuella åldersvikter på mycket olika sätt, och att dessa vikter ser väldigt olika ut.

Vi tror inte att åldersviktningen är mera enhetlig i övriga landet, och vårt intryck är att underlaget för landstingens val av åldersvikter många gånger är bräckligt.

Referenser

1. Landstingsförbundet. Sammanställning av Landstingsförbundets uppföljningsenkät i januari 1995 om husläkarreformen. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.
2. Wilson A. Consultation length in general practice: a review. Br J Gen Prac 1991; 41: 119-22.
3. Andersson SO, Ferry S, Mattsson B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. Scand J Prim Health Care 1993; 11: 61-7.
4. Diderichsen F, Varde E. Konsten att fördela resurser efter behov. Läkartidningen 1996; 93: 3677-83.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19