

Vårdval Stockholm skapar en orättfärdig och ojämlik vård

Ett ersättningssystem med bland annat slopat socioekonomiskt index som ersättningsintäkt har lett till vårdförsämringar och arbetsmiljöproblem på vårdcentraler i utsatta områden, enligt utvärderingar av Vårdval Stockholm. För att komma till rätta med missförhållandena föreslår författaren några olika åtgärder.

En intresseväckande artikel, »Etik, politik och medicin« [1], redogör för de tre värden som hon sätter högst beträffande hennes egen etiska grundkompass i vårdpolitiken:

1. All medicinsk behandling ska utgå från senaste vetenskap och beprövad erfarenhet – ingen ska behöva riskera att få sämre vård än de kunde ha fått, eller att råka ut för kvacksalvare.
2. Vården ska ge alla valuta för pengarna – varje bortsålad krona är en stöld från såväl skattebetalarna som dem som behöver vård.
3. Patienternas behov och vilja ska sättas högst – av både politiker och profession.

Låt oss granska Vårdval Stockholm utifrån Rydbergs etiska grundprinciper med hänsyn främst till de utsatta gruppernas hälso- och vård-situation.

Vårdval Stockholm infördes i Stockholms läns landsting den 1 januari 2008 efter en närmast kaotisk politisk turbulens med kraftiga motsättningar mellan allians och op-



JAN HALLDIN
leg läkare, med dr,
Danderyd
jan.halldin@gmail.com

position. De centrala målsättningarna med Vårdval Stockholm är:

- att förbättra tillgängligheten
- att öka patienternas valmöjligheter kombinerat med en större mångfald och reglerad konkurrens på utbudssidan.

Fri etablering infördes för vårdgivare som uppfyllde auktorisationskriterierna.

Förändringar i ersättningssystemet infördes. Bland annat togs det socioekonomiska indexet som ersättningsintäkt bort – ett index som haft stor betydelse för att vårdcentraler i utsatta områden skulle få sin ekonomi att gå ihop.

I Vårdval Stockholm, till skillnad från andra vårdval i Sverige, bygger ersättningssystemet på en hög andel rörlig eller produktionsrelaterad ersättning med cirka 60 procent mot 40 procent i kapitationsersättning.

Redan i juni 2008 utkom konsultfirman Ernst & Young med en rapport där man redogjorde för resultaten av en jämförande studie mellan fem husläkarmottagningar i områden med högt socioekonomiskt index (låginkomstområden) och fem i områden med lågt socioekonomiskt index (höginkomstområden) [2].

I låginkomstområdenas

fem mottagningar är både antalet listade patienter och antalet genomförda besök hos läkare högre än på de andra fem mottagningarna.

De fem mottagningarna i låginkomstområdena har dessutom en hög arbetsbörda på bekostnad av utbildning och kunskapsöverföring mellan anställda, vilket på sikt kan riskera den medicinska kvaliteten, enligt rapporten.

Från Karolinska institutets folkhälsoakademi har i år utkommit en uppföljning av

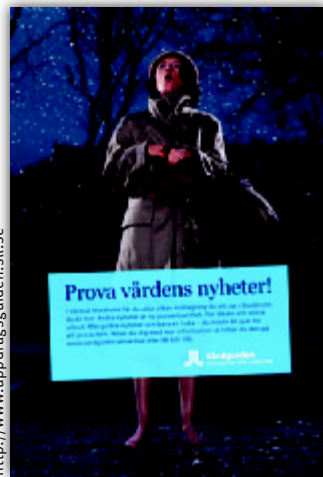
Vårdval Stockholm år 2008 [3]. De centrala resultaten i denna rapport är att områden med låg medelinkomst har ökat sin relativa andel av vårdutnyttjandet under 2008 – vilket stämmer väl med Ernst & Youngs rapport ovan [2], och att resursfördelningen förändrats i omvänt förhållande till vårdutnyttjandet, dvs resurser har omfördelats från områden med låg medelinkomst till områden med hög medelinkomst.

I sjukvårdslandstingsrådet Filipa Reinfeldts pressmeddelande den 6 juli 2009 i samband med presentationen av rapporten från Karolinska institutet nämner hon ingenting om resursernas omfördelning från låginkomst- till höginkomstområden.

Socialdemokraterna i Stockholms län gav i februari 2009 ut rapporten »Ett år med Vårdval Stockholm« [4]. Rapporten bygger på undersökningar av enbart landstingsdrivna vårdcentraler. En tredjedel av alla vårdcentraler i Stockholms län har undersökts. Trots att inga privata vårdcentraler finns med bedöms urvalet som relativt gott. Antalet läkarbesök har ökat lika mycket på såväl privat- som landstingsdrivna vårdcentraler. Vårdcentralerna som ingår kommer från både välbärgade och fattiga områden. De socioekonomiska indexen är från 2007.

I områden med ett högt socioekonomiskt index (>150) (utsatta områden) har vårdcentralerna i genomsnitt förlorat 3,9 miljoner kronor i intäkter från 2007 till 2008 och har fått minska antalet årsanställda med 15 procent.

I områden med ett lågt socioekonomiskt index (<90) (välbärgade områden) har vårdcentralerna i genomsnitt



Under några veckor, med början 14 januari 2008, sågs landstingets annonser om Vårdval Stockholm i tunnelbanan, på bussar, busshållplatser och på internet.

förlorat 1,9 miljoner kronor i intäkter från 2007 till 2008 och har fått minska antalet årsanställda med 1 procent.

På grund av högre ersättning för läkarbesök har vårdcentralerna ställt om sig från sköterskebesök (besök hos distriktssköterska, sjuksköterska och undersköterska) till läkarbesök. 2007 gick det i genomsnitt 2,4 läkarbesök per besök hos sköterska medan det 2008 gick 2,7 läkarbesök per besök hos sköterska.

I utsatta respektive välbärgade områden var det 2007 i genomsnitt 2,1 respektive 2,6 läkarbesök per sköterskebesök, medan det 2008 var 2,6 respektive 2,7 läkarbesök per sköterskebesök – trenden att omvandla sköterske- till läkarbesök är tydligast i utsatta områden. I utsatta områden har också antalet besök hos sköterskor minskat med 9,3 procent från 2007 till 2008.

Arbetsbelastningen mätt i sammanlagda antalet besök hos läkare och sköterskor har ökat med i genomsnitt drygt 27 procent i utsatta områden och med drygt 10 procent i välbärgade områden.

Att arbetsbelastningen är hög på vårdcentraler i utsatta områden och att snabba okomplicerade besök av ekonomiska skäl prioriteras i Vårdval Stockholm har ett flertal vårdgivare berättat om. Läkaren och verksamhetschefen Elisabeth Svensson vid Vårby vårdcentral (en vårdcentral med ett socioekonomiskt index på >150) berättade i Socialutskottets vårdvals-hearing den 27 januari 2009 om hur hon och hennes vårdcentralskollegor i strid med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf måste prioritera lätta okomplicerade besök för att vårdcentralen ekonomiskt skulle överleva.

Rydbergs ovan nämnda tre etiska grundprinciper sätts ur spel i Vårdval Stockholm: 1. Val och utfall av medicinsk behandling är oftast nära förknippat med vårdens organisation och drift- och

ersättningsformer. Vetenskap och beprövad erfarenhet bör därför finnas som grund vid införande av olika vårdvalsmodeller. Det saknas evidensbaserad kunskap för införande av Vårdval Stockholm.

2. Att tvinga fram onödiga besök hos läkare för besvär som tidigare klarats av genom besök hos olika sköterskekategorier (eller genom telefonkontakter) är en stöld från både skattebetalare och dem som behöver kvalificerad vård.
3. Det som ersätts i Vårdval Stockholm är antalet besök baserat på efterfrågan, vilket inte är detsamma som vårdbehov. Patienter med stora och sammansatta vårdbehov i utsatta områden är de som främst kommer i kläm i Vårdval Stockholm – helt i strid med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf.

Vad kan vi göra i den uppkomna situationen vi i dag har rörande Vårdval Stockholm? Här är några förslag:

- Vårdbehov och inte vård-

efterfrågan bör styra.

- Ersättningssystemet bör till största delen bygga på kapitationsersättning.
- Vårdcentraler i utsatta områden måste tilldelas mer pengar.

En hearing om Vårdval Stockholm arrangerad av nätverket Gemensam Valfärd, ABF och en del fackliga organisationer en lördag i november 2009 samlade cirka 100 deltagare. En massiv kritik framfördes mot Vårdval Stockholm. Det sades också att det var svårt att komma i dialog med ansvarigt sjukvårdslandstingsråd i dessa frågor.

Avslutningsvis: Är det verkligen rätt att lämna över en så central del av vår välfärd som sjukvården utgör till en marknad som tillåts styra på marknadens villkor – vilket speciellt är fallet med Vårdval Stockholm?

Måste inte dagens sjukvårdspolitikerna ta sitt ansvar och se till att vi i Sverige och inte minst i Stockholm får en sjukvård som grundas på hälso- och sjukvårdslagens

portalparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen och att de med störst vårdbehov ges företräde?

Detta är viktigt inte minst för att vi ska kunna behålla patientperspektivet och människovärdet i vården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Rydberg B. Etik, politik och medicin. Medicinsk access. 2009;(7):6.
2. Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar. Stockholm: Ernst & Young; 2008. <http://sll.se/Handlingar/HSN/2008/2008-09-02/14mBilaga%202.pdf>
3. Rehnberg C, Janlöv N, Khan J. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Stockholm: Institutionen för lärande, informatik, management och etik, LIME. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi; 2009. Rapport 2009:6. http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Jämlik%20hälsa/Vårdval%20Stockholm_Uppföljning%202008.pdf
4. Ett år med Vårdval Stockholm. Vad har hänt på vårdcentralerna med tillgänglighet, vårdkvalitet och fördelning av sjukvård? Stockholm: Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting; 2009. <http://www.socialdemokraterna.se/upload/webbforalla/ak/solna/dokument/Vårdvalsrapport.pdf>

REPLIK:

Målet ökad tillgänglighet har uppnåtts

Det finns inga belägg för att systemet före Vårdval Stockholm uppfyllde hälso- och sjukvårdslagens krav bättre.

Ett av de politiska målen med Vårdval Stockholm var att öka tillgängligheten, och detta mål har uppnåtts. Merparten av de drygt 30 nya vårdcentralerna har

etablerats utanför innerstaden, i exempelvis Skärholmen, Spånga-Tensta, Nynäshamn och Järfälla. Två av tre får vård samma dag som de kontaktar sin mottagning.

Läkarbesöken har ökat mest i områden där hälsan i befolkningen är sämre. Besöken hos kuratorer och psykologer ökade med 10 procent 2007 och 20 procent 2008, och nu har alla länets invånare tillgång till psykosocialt stöd.

För första gången görs lika många läkarbesök i så kallade utsatta områden som i mer välmående delar.

Jan Halldin kan inte både uppröras över att vård konsumeras ojämlikt och beklaga att de med mindre resurser

»För första gången görs lika många läkarbesök i så kallade utsatta områden som i mer välmående delar.«

nu enklare kommer till doktorn. Det viktigaste måttet är att patienterna är nöjda, särskilt läginomsttagare (Vårdbarometern). Klagomålen hos patientnämnden har minskat, framför allt vad gäller dålig tillgänglighet (-34 procent).

De ökade läkarbesöken är inte »onödiga«, oavsett vad en partipolitisk rapport från Socialdemokraterna hävdar. Även distriktssköterskorna har tagit emot fler besök. Varken



BIRGITTA RYDBERG (FP) landstingsråd sjukvård och folkhälsa, Stockholms län birgitta.rydberg@politik.sll.se

Nyhet! Nu bryr vi oss om vad du tycker.

The message on this site is about what you think and how we can improve our services. We are interested in your views and we will use them to help us improve our services.

Vårdguiden

»Fler än 9 av 10 invånare i Stockholms län har nu en fast vårdkontakt.«

hälso- och sjukvårdsförvaltningen eller Karolinska institutets utvärdering har funnit onödigt många korta besök hos läkarna.

Sjukdomsdiagnoserna är ungefär desamma som tidigare. Ökningen handlar framför allt om nya patienter som inte tidigare kommit till doktorn.

En avgörande förutsättning för att kunna påverka hälsan hos dem med störst behov är ju att de faktiskt besöker primärvården, och får träffa samma vårdgivare. Kontinuitet har varit ständigt underskattat i debatten, men alltid lika efterfrågat av patienterna. Fler än 9 av 10 invånare i Stockholms län har nu en fast vårdkontakt.

Låt mig vara mycket tydlig. Det finns inga belägg för att systemet före Vårdval Stockholm uppfyllde hälso- och sjukvårdslagets krav bättre än i dag. Varken områdesansvar eller socioekonomiska ersättningar kan visas ha förbättrat hälsoläget eller jämlikheten i vården.

Den »marknad« som styr i dag består av patientens rätt att välja bort dålig vård, tydliga krav på vårdgivarna och inte minst bättre uppföljning.

Det socioekonomiska index som Jan Halldén hyllar utgick faktiskt till alla mottagningsar och utgjorde bara en mycket liten del av deras ersättningar (till exempel Akalla 220 kronor per invånare och

»Med detta sagt är Vårdval Stockholm naturligtvis inte fulländat.«

år, Narvavägen 82 kronor). Skillnaderna mellan mottagningarnas ekonomiska villkor handlade mer

om förhandlingskicklighet än om rättvisa. Två mottagningar i liknande områden kunde ha helt olika ersättningar. En mottagning i innerstaden kunde ha mer betalt än en i norra Botkyrka (exempelvis Fittja 940 kronor/patient, Alby 552, Rosenlund på Södermalm 778).

Den förra socialdemokratiska majoriteten i Stockholms läns landsting började utjämna skillnaderna i ekonomiska förutsättningar redan före vårdvalet. Ersättningen för Fittja vårdcentral, i ett socioekonomiskt mycket utsatt område, minskades till exempel med 8 procent.

Vårdval Stockholm ger alla mottagningar samma ersättning per listad patient och per besök. Och det är patienten som med sitt val bär med sig pengarna. Den makten, valfriheten och jämlikheten har inget tidigare system lyckats med. Och den fria etableringen av vårdgivare är en omistlig komponent. Det finns ingen garanti eller fri dragningsrätt på skattepengarna – de hamnar där patienterna finns och tas emot.

Med detta sagt är Vårdval Stockholm naturligtvis inte fulländat. Ersättningsmodellen utvärderas och förändras löpande, från nyåret 2010 infördes till exempel en särskild besöksersättning för distriktsköterskornas hälsofrämjande insatser, och vårdcentralerna får ersättning för ännu fler psykosociala insatser.

Från 2011 förändras ersättningarna mot att i än högre grad ta hänsyn till patienternas individuella behov av vård och förebyggande åtgärder.

Den otillgänglighet för patienten och snärskog i ersättningarna till vårdgivarna som rådde tidigare är förhoppningsvis borta för all framtid.

Risker med våld vid polisingripanden

Den 6 oktober 2009 försökte en radioreporter bringa klarhet i orsaken till att den 24-årige göteborgaren Johan Liljeqvist avlidit i samband med ett polisingripande efter att han sparkat på en bil. Representanter för polis och åklagarmyndighet hävdade att dödsfallet inte inträffat som följd av att poliserna gjort sig skyldiga till otillåtet våld. Denna slutsats bygger på ett utlåtande av åklagaren Bo Widgren, som sex månader efter dödsfallet fått i uppdrag att utreda anledningen till den olyckliga utgången av polisingripandet. Liljeqvists öde, liksom det som hände Osmo Vallo, ger anledning till frågor rörande dödsorsaken i de båda fallen. Fortsatta dödsfall av denna typ måste förhindras.

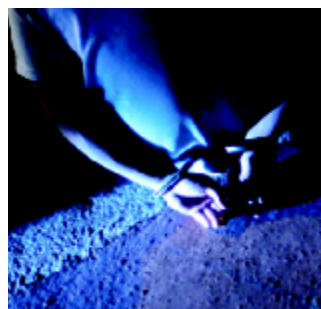


Foto: Colourbox

Poliser måste få kunskap om de faror de kan utsätta gripna och fasthållna personer för.

Mycket tyder på att männen kvävdes till döds. En eller flera poliser använde ett våld som hindrade de fasthållna männen från att andas normalt samtidigt som lungcirkulationen försämrades. Att andningsvolymen minskar i bukläge och att atelektaser då kan uppträda är känt sedan 1987 [1], ett förhållande som ytterligare belysts av en grupp nordiska forskare [2]. Det är lätt att förstå att andning och central cirkulation blir svårt störda om en person som tvingats ligga i bukläge också

blir utsatt för kraftigt tryck mot ryggen av ett eller två knän. Hjärnans och hjärtats energiförsörjning blir snabbt så pass dålig att livet kan förlovas. Situationen blir särskilt allvarlig om den drabbade är påverkad av alkohol eller narkotika och/eller råkar i panik och får en kraftig sympatikonreaktion. Bakgrunden till teorin att de båda männen kvävts stärks av att den vanligaste orsaken till plötslig oväntad spädbarnsdöd (SIDS) är att barnen sovit i bukläge [3] och därför inte kunnat utnyttja bukandningen.

Med anledning av det öde som drabbat Liljeqvist och Vallo bör man eftergranska samtliga dödsfall som inträffat i samband med polisingripanden. Eftersom alla poliser inte tycks vara medvetna om de faror de kan utsätta gripna och fasthållna personer för måste de bibringas kunskaper om dessa förhållanden. Samtidigt måste de lära sig hur de ska förfara för att återuppliva dem som av olika anledningar riskerar att avlida till följd av kvävning. Erfarna anesthesiologer torde vara bäst lämpade för att förmedla dessa kunskaper.

Rolf Zetterström

professor emeritus, Acta Paediatrica, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
rolf.zetterstrom@actapaediatrica.se

REFERENSER

- Gillespie DJ, Rehder K. Body position and ventilation-perfusion relationships in unilateral pulmonary disease. *Chest*. 1987;91:75-9.
- Rimeika D, Nyrén S, Wiklund NP, Koskela LR, Tørring A, Gustafsson LE, et al. Regulation of regional lung perfusion by nitric oxide. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170:450-5.
- Mitchell EA. SIDS: Past, present and future. *Acta Paediatr*. 2009;98:1712-9.