

# Vårdvalsuppföljning med begränsat värde

En utvärdering av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm visar förbättrad tillgänglighet, ökad produktion av läkarbesök i främst utsatta områden och kostnadsökningar som är under kontroll. Andra viktiga delar är inte utvärderade, vilket begränsar rapportens värde.

**K**arolinska institutets (KI) folkhälsoakademi har på grundval av de första två årens erfarenheter i sommar publicerat en vetenskaplig utvärdering av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm [1]. Några resultat från rapporten:

- Under de två första åren med Vårdval Stockholm har 37 nyetableringar av husläkarmottagningar skett, främst i innerstaden och i ytterområden med låg eller medelhög inkomst.
- Kostnadsökningarna inom Vårdval Stockholm har varit under kontroll.
- Tillgängligheten har förbättrats, och vårdutnyttjandet av läkarbesök har ökat.
- Produktiviteten (kostnaden per viktad vårdkontakt) har stigit med drygt 10 procent under det första året (2008) och med nästan 3 procent under det andra året (2009).
- Under de första två åren ökade läkarbesöken på husläkarmottagningarna i främst utsatta områden med mer än en halv miljon besök, medan sköterskebesöken minskade med drygt sextiotusen besök.
- Alla åldersgrupper har haft en ökning av prestationer.

- Det noteras ett positivt samband mellan produktivitet och patienternas bedömning av kvalitet.
- De vårdtunga patientgrupperna (definierade utifrån huvud- och bidiagnos: elakartad tumörsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, inflammatorisk ledsjukdom, artros, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, höftfraktur, schizofreni och övriga psykoser inklusive demenssjukdomar) har en större ökning av vårdutnyttjandet än genomsnittsbefolkningen.
- Ökningen av läkarbesök har varit störst i områden med lägre inkomster medan resursökningen varit större i områden med hög inkomst.
- När det gäller kvalitetsindikatorer inom primärvården begränsas informationen till data om patientupplevd kvalitet och vissa tillgänglighetsindikatorer.

Det är positivt att det skett nyetableringar av husläkarmottagningar i ytterområden med låg eller medelhög inkomst och att kostnadsökningarna varit under kontroll.

För att en husläkarmottagning ska erhålla auktorisation görs främst en bedömning av den ekonomiska stabiliteten och av att lokalerna är anpassade till verksamheten [1]. Beträffande vårdkvaliteten åtar

sig vårdgivaren att följa de krav som ställs i regelböckerna. Att det inte gjorts någon kontroll av mottagningens anställda, kompetens, utrustning med mera innan verksamheten startat [1] är anmärkningsvärt.

I KI-rapporten tas tyvärr inga aspekter upp om vilka förhållanden som bedöms när det kan bli aktuellt med återtagande av en auktorisation.

Produktionen av läkarbesök i främst utsatta områden har ökat. Detta motsäger inte att den högre produktionen kan ha uppnåtts genom kortare besök och förändrad svårighetsgrad hos patienterna. Det finns inga data om besökens längd [1].

I intervjuer med primärvårdsläkare i utsatta områden har några vittnat om att de måste prioritera lätta, okomplicerade och ibland onödiga läkarbesök för att få vårdcentralen att ekonomiskt överleva sedan de speciella socioekonomiska ersättningsarna tagits bort [2]. Att just läkarbesöken har ökat medan det skett en viss minskning av sjuksköterskebesöken talar för att en del besök som

tidigare klarats av hos sköterska nu av ekonomiska skäl hänvisas till läkare.

Vårdcentraler i utsatta områden har sålunda på grund av att resurser omfördelats från områden med lägre medelinkomst till områden med hög medelinkomst behövt kompensera sig med ett ökat antal läkarbesök för att få budgeten att gå ihop. Konsultfirman Ernst & Young rapporterade redan för drygt två år sedan, i en studie där man jämförde fem vårdcentraler i höginkomstområden med fem vårdcentraler i låginkomstområden, sannolika konsekvenser av det ändrade ersättningssystemet i primärvården [3].

I låginkomstområdenas fem mottagningar var både antalet listade patienter och antalet genomförda läkarbesök högre än på de andra fem mottagningarna. Dessutom hade mottagningarna i låginkomstområdena en hög arbetsbörda på bekostnad av utbildning och kunskapsöverföring mellan anställda, vilket på sikt kan hota den medicinska kvaliteten.

Med hänsyn till dessa all-



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



Så här såg det ut i Stockholm inför vårdvalsreformen.

varliga påpekanden kunde man förväntat sig att Stockholms läns landsting skulle gjort fördjupade studier av bland annat arbetsmiljön på husläkarmottagningar i utsatta områden. Detta har mig veterligen inte skett.

De vårdtunga patientgrupperna har en större ökning av vårdutnyttjandet än genomsnittsbefolkningen, vilket enligt KI-rapporten tyder på att dessa grupper inte diskrimineras [1]. Enligt min mening kan dock en annan orsak vara att vårdtunga besök (med ofta sammansatta vårdbehov) inte som tidigare klaras av på ett besök, utan patienterna kan i dag få göra flera besök för att få sina vårdbehov tillfredsställda.

Landstingsrevisorerna understryker i en rapport behovet av att hålla samman nödvändiga vårdkedjor, vilket ofta förutsätter samverkan mellan aktörer inom såväl landsting som kommun [4] – något som inte har undersökts i KI-rapporten. De medicinska behandlingarnas resultat och kvalitet, den förebyggande vården och arbetsmiljön på husläkarmottagningarna har inte heller studerats.

Fem borgerliga politiker med sjukvårdslandstingsrådet Filippa Reinfeldt i spetsen har i Dagens Nyheter's webbupplaga kommenterat KI-rapporten [5]. Deras påståenden att »Det är sällan utvärderingar av verksamheter är så entydigt positiva som dagens rapport om Vårdval Stockholm« och att »Vårdval Stockholm har gjort vården i Stockholm mer effektiv, men framförallt mer rättvis« är starkt överdrivna och delvis missvisande.

Det går inte att utifrån rapporten uttala sig om den medicinska effektiviteten (resultaten av behandlingarna) utan endast om produktiviteten (mätt i antal besök), vilket är en stor skillnad. Att vården skulle ha blivit mer rättvis går heller inte att ut-

tala sig om med hänsyn till att många omständigheter hittills inte har undersökts.

I Vårdval Stockholm har man velat höja produktiviteten i vården genom att ge vårdgivarna prestationsersättning- ar på detaljerad nivå. Utvärderarna anger att om det ökade vårdutnyttjandet i utsatta områden är önskvärt samtidigt som den relativt minskade resurstilldelningen bör korrigeras, kan detta ske på två sätt: Antingen genom revidering av prestationsersättningen eller genom införandet av andra behovsindikatorer än åldersfaktorn i kapiteringen. Risken med det senare är enligt utvärderarna att vårdgivarna i utsatta områden gynnas men inte patienterna.

Detta resonemang håller jag inte med om. Att införa höjd prestationsersättning för att ge ytterligare incitament till att behandla individer med sammansatta sjukdomar och vårdbehov hindrar inte vårdgivaren från att

låta samma patienter göra flera besök mot tidigare ett.

Att alltför ensidigt styra vården med ekonomiska prestationsmorötter innebär risk för att läkaretiken alltmer urholkas. I stället är det, som jag tidigare angett i Läkartidningen [6], nödvändigt att göra hälso- och sjukvårdslagen, som i dag är en ramlag, skarpare och mer legalt bindande. Det är också viktigt att till framtida utvärderingar av Vårdval Stockholm även knyta forskare med kunskap om och erfarenheter från sjukvårdsarbete.

Avslutningsvis: Med hänsyn till de många förhållanden som ännu inte undersökts är det synd att författarna av KI-rapporten i diskussionsavsnittet inte mer tar upp rapportens begränsningar. Kommande utvärderingar bör beakta fler önskade och oönskade effekter av Vårdval Stockholm.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Rehnberg C, Janlöv N, Kahn J, Lundgren J. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2010:12. På uppdrag av Stockholms läns landsting. Stockholm: Karolinska institutet; 2010. <http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Jamlik%20halsa/Uppfoljning%20av%20huslakarsystemet%20inom%20Vardval%20Stockholm.pdf>
2. Halldin J. När Mammon tillåts styra vården. Läkartidningen. 2009;106:1832-3.
3. Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar. Stockholm: Ernst & Young; 2008. <http://www.sll.se/Handlingar/HSN/Patientmixens%20betydelse%20for%20huslakarmottagningar.pdf>
4. Vårdvalet – Hur följer landstinget att utförarna håller god kvalitet? Landstingsrevisorerna. Rapport 9/2009. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2010. <http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=52993>
5. Ny rapport slår hål på myterna om Vårdval Stockholm. Dagens Nyheter's 30 juni 2010. <http://www.dn.se/debatt/stockholmsdebatt/ny-rapport-slar-hal-pa-myterna-om-var-dval-stockholm-1.1131134>
6. Halldin J. När vinsten blir drivkraften i vården: Gör hälso- och sjukvårdslagen skarpare och mer legalt bindande. Läkartidningen. 2010;107:1858-9.

## replik till jesper alex-petersen:

# Trovärdighet kräver obundenhet

■ Jesper Alex-Petersen skriver att politik och hälsa hör ihop (LT 37/2010, sidan 2174-5). Den kopplingen finns naturligtvis, ofta på många olika och komplicerade sätt. De olika politiska ideologierna, såsom exempelvis konservatism, liberalism och socialism, har olika antaganden om världen, samhället och människans beskaffenhet.

Svaren på vad som skapar den bästa av världar skiftar, som alla vet. Jesper Alex-Petersen argumenterar utifrån ett partiideologiskt ställningstagande. Det ska han och han naturligtvis all rätt att göra, det är ju det valet till de olika demokratiska församlingarna handlar om: att rösta efter sin personliga,

politiska övertygelse. Det gör man som medborgare, dvs oavsett om man i sin profession är läkare, lärare, polis, skomakare.

Jesper Alex-Petersen anför vetenskap och beprövad erfarenhet i sin argumentering. Det är tyvärr ett besvärligt glaspärlespel i sammanhanget. Historiskt har partipolitik som vilar på »medicinsk vetenskap« varit djupt problematisk.

Sveriges läkarförbund är ett politiskt oberoende fack- och yrkesförbund som har över 42 000 medlemmar. Vi bedriver en verksamhet som handlar om att ta tillvara och försöka påverka arbetsmiljö- och professionsfrågor som är viktiga för alla våra medlem-

mar, oavsett politisk tillhörighet.

Som läkarnas förbund tar vi naturligtvis, implicit, också ställning för patienternas bästa i varje enskild fråga. Genom demokratiska diskussioner och jämkningar inom förbundet har vi tagit fram hälso- och sjukvårdspolitiska program som är medlemmar- nas, inte något politiskt partis.

Alex-Petersen hävdar att Läkarförbundets obundenhet är djupt problematisk. Jag tycker precis tvärtom; om Läkarförbundet vore partipolitiskt bundet skulle vår yttrandefrihet och trovärdighet ta allvarlig skada.

Eva Nilsson Bågenholm  
ordförande,  
Sveriges läkarförbund