

har fortsatt att följa Hälso- och sjukvårdslagen, som säger att »de med störst behov av vården ska ges företräde«, har politikerna kommit på andra sätt att gynna den friska delen av befolkningen som då och då blir krasslig i en förkylning.

Ett sätt har varit att inrätta »närakuter«. Dessa tar liksom vårdcentralerna emot människor med lindriga åkomor och halvakuta tillstånd men utreder inte sjukdomstillstånd och är inte tänkta för de patienter som har kroniska sjukdomar. Närakuter är dyra i drift, och politikerna har letat efter andra system som skulle förbättra tillgängligheten på vårdcentralerna.

Vid jämförelse med andra landsting har emellertid Halland alltid legat i topp vad gäller tillgänglighet. Året innan Vårdval Halland infördes hade vårdcentralerna i Halland bäst tillgänglighet i Sverige. Så för vilken del av befolkningen är det man vill öka tillgängligheten? Frågan är befogad då det nu införda Vårdval Halland har ett ersättningssystem som styr vårdcentralerna att prioritera de friska före de sjuka. Jo, det är sant. Så här fungerar det.

■ **Ersättningssystem.** Alla invånare i Halland har en sjukvårdspeng. Den är åldersviktad, vilket betyder att förskolebarn och äldre har större vårdpeng än skolbarn och personer i yrkesverksam ålder. Den är däremot lika stor oavsett om du är frisk eller sjuk. Det betyder att en 68-årig man som har Parkinsons sjukdom, hjärtsvikt och bensår har lika stor vårdpeng som den friske 68-åriga man som önskar vaccin inför Thailandresan.

Sjukvårdspengen tillfaller den vårdcentral som du listar dig på. De vårdenheter som kan locka så många friska som möjligt att lista sig kommer att ha en god ekonomi. De friska kostar ju inte så mycket för vårdcentralen. Den vårdenhet som i huvudsak har listat människor med allvarlig kro-

nisk sjukdom kommer där- emot att få stora ekonomiska underskott och i värsta fall gå i konkurs. De sjuka måste ju utredas och behandlas. Sådant kostar pengar. Pengar som inte vårdpengen täcker.

Ju sjukare man är, desto dyrare är det för vårdenheten. »Områden med stor socioekonomisk tyngd går riktigt dåligt«, säger Paulsson i en kommentar till sin utvärdering av Vårdval Halland [2]. Ett exempel på detta är Andersbergs vårdcentral i Halland som tvingas till nedskärningar. Är det ett rättvist ersättningssystem att de vårdenheter som har många sjuka listade ska gå sämre än de som har många friska listade? Vad tycker du?

För att locka de friska att lista sig har många vårdenheter i Halland förändrat sitt arbetssätt. Det är nu lätt att få tid för en hälsoundersökning eller att få en läkarkonsultation vid ett par dagars snuva. Vårdcentralerna erbjuder kvällsöppet, drop-inmottagningar och startar vaccinationsmottagning. Företags- hälsovård med hälsoundersökningar är snart ett naturligt inslag i utbudet.

Det här betyder att det sker en förskjutning av hur läkartiden används. I statistiken syns det som en förbättrad tillgänglighet eftersom man kan ta emot fler patienter på en körkortsmottagning än om man på samma tid skulle ha planerade besök för dem med allvarlig kronisk sjukdom. Är det en positiv utveckling?

■ **Kontinuitet.** En läkare som känner sina patienters sjukhistorik, familje- och sociala sammanhang ger en säker vård och är något som alla patienter med allvarliga kroniska sjukdomar efterfrågar. Att ha möjlighet att byta vårdcentral fyra gånger per år, som i Vårdval Halland, är inget som befrämjar långsiktighet och säkerhet i behandling och vård. Paulsson skriver också i sin utvärdering att »listning i kombination med total valfrihet leder inte nödvändigtvis

till kontinuitet och helhetsgrepp«.

■ **Kvalitet.** Nästan alla är överens om att det är bättre med kvalitet än kvantitet i vården. Således är det bättre att vi har en god vård för dem med diabetes än att vi läkare ser många med snuva. Vårdval Halland premierar tyvärr de enheter som har många korta besök. Det vore önskvärt om man i stället införde styrsystem som premierade de vårdcentraler som har ett gott medicinskt omhändertagande av patienter med t ex KOL, astma, hjärtsvikt, diabetes eller resttillstånd efter stroke. Många äldre och kroniskt sjuka patienter efterfrågar hembesök, vilket inte heller gynnas med Vårdval Halland.

Sammanfattningsvis finns det allvarliga brister med Vårdval Halland, vilket också delvis påtalas i Paulssons utvärdering.

Betyder det här att vi inte ska ha listningssystem eller vårdvalssystem? Nej, det är en felaktig slutsats. Vi distrikts-

läkare har i alla tider efterfrågat listningssystem som leder till ett väl definierat uppdrag. Fri etablering och konkurrens är i sig ingen nackdel utan kan snarare vara en stimulans till att öka kvaliteten i vården.

Det viktiga är att ersättningssystemen byggs upp så att de med det största behovet av vård ges företräde. Så är inte fallet i Halland i dag. Tvärtom kan vi se att de vårdcentraler som av etiska skäl väljer att ge företräde för de patienter som har störst behov av vårdens resurser är de enheter som får sämst ekonomi och som hotas av nedskärningar eller konkurs. Detta är naturligtvis djupt orättvist och etiskt helt oacceptabelt.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Landstinget Halland. Vårdvalsnytt nr 5, 23 april 2008. www.lthalland.se/upload/51864/V%C3%A5rvalsnytt_080423.pdf
2. Närlied M. Vårdenheter i resurssvaga områden går dåligt i Halland. www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=9374

Vårdval och valfrihet

■ Ledaren i Läkartidningen 17-18/2008 (sidan 1255) är författad av Benny Ståhlberg och har rubriken: »Ja till vårdval i hela Sverige«.

Sjukvårdslagens portalparagraf slår fast att vård i vårt land ska erbjudas till alla på lika villkor och efter behov. I de sjukvårdspolitiska beslutande församlingarna runt om i landet har man i åratal och närmast enhälligt klubbat beslut och planer som slår fast att ambitionen ska vara att följa lagens intentioner. I

Prioriteringsutredningens förslag anges till och med vilka grupper som ska ges förtur framför andra.

Individens valfrihet i ett samhälle är väsentlig. Men även om valfriheten på papperet gäller för alla är det i praktiken främst de etablerade medborgarna och deras barn och anhöriga som har förutsättningar att fullt ut utnyttja denna rättighet. Verkligheten är ju den att stora och växande medborgargrupper, inte sällan de med de allra största be-



Ledaren i Läkartidningen 17-18/2008.

hoven av både vård och kontinuitet, utmärks av att de i praktiken saknar reell valfrihet. Bristande kunskap, självkänsla, initiativkraft, språk- och läsförståelse i kombination med en social marginalisering ligger ofta bakom oförmågan att i valfrihetens namn kunna fatta ett genomtänkt och klokt vårdvalsbeslut.

I den nu pågående vårdvalsdebatten som likt en gräsbrand sveper över landet saknar jag nästan helt en analys och redovisning av hur man med hänsyn till dagens skriande bristsituation i primärvården tänkt sig klara att erbjuda också de som saknar reell valfrihet adekvat behovsstyrd vård. Jag tänker på många ensamma gamla, psykiskt sköra, missbrukare, handikappade, invandrare osv. Riskerar inte dessa individer att i bästa fall få finna sig

i att hänvisas till vårdgivare som av olika skäl blivit över när alla de som vet att utnyttja sin valfrihet tillgodosett sina behov och önskemål.

Jag skulle önska att Benny Ståhlberg, som andre vice ordförande i Läkarförbundet och ordförande i Distriktsläkarföreningen, vill svara på min undran som alltså sammanfattat lyder:

Föreligger det inte uppenbara risker att många med stora vårdbehov och liten eller obefintlig reell valfrihet hamnar helt utanför i det nya vårdvals-Sverige?

Om svaret blir »ja« eller »kanske« blir min följdfråga: Hur tänker man sig lösa detta dilemma?

Gösta Brydolf
pensionerad specialist
i allmänmedicin, Sundsvall
gunnel.brydolf@comhem.se

REPLIK:

En genomtänkt listning är nödvändig

■ Gösta Brydolf lyfter fram en mycket viktig fråga när det gäller vårdvalen och risken att personer med stora vårdbehov och liten eller obefintlig reell valfrihet hamnar utanför vårdvals-Sverige.

Enligt Läkarförbundets politik är detta inte acceptabelt, och i de sjukvårdspolitiska program som Läkarförbundet har, och som även delas av Distriktsläkarföreningen, ska hela befolkningen listas.

Den som inte gör ett eget aktivt val ska passivt listas för att garantera alla invånare en fast läkarkontakt. Möjlighet till byte på den enskildes begäran ska alltid kunna ske. I de förslag som Läkarförbundet och Distriktsläkarföreningen står bakom ska hela befolkningen listas, vilket minimerar risken.

Det är också av stor vikt hur listningen genomförs. I vissa

landsting reserverades under husläkartiden en del av läkares lista till passiv listning så att inte endast först till kvarn skulle få välja doktor utan även de som inte valde kunde hamna på en populär doktors lista.

I Halland sker den passiva listningen genom två principer, först efter principen på vilken vårdcentral invånaren har haft sina senaste besök, och i andra hand enligt närhetsprincipen, dvs den vårdcentral som ligger närmast. Samma modell planerar man införa i Region Skåne.

Brydolf pekar i sin insändare på det ansvar som vilar på det landsting som genomför ett vårdval – en genomtänkt listning är nödvändig.

Benny Ståhlberg
2: e vice ordförande
i Läkarförbundet
benny.stahlberg@svdlf.se

Sverige måste respektera FN:s biståndsmål!

■ Biståndsminister Gunilla Carlsson vill förändra det svenska biståndet. Förutom att begränsa antalet samarbetsländer, vill hon ha »satsningar inom prioriterade områden som demokrati och mänskliga rättigheter, jämställdhet och miljö och klimat« [1]. Samarbetet skall fördjupas med nio länder i Östeuropa i syfte att »underlätta EU-integrationen«.

Och i Afrika, inte minst bland de extremt fattiga människorna i Kongo, vill Carlsson stärka »fokus på mänskliga rättigheter och demokratisk samhällsstyrning« och »hjälpa den kongolesiska regeringen att reformera rättsväsendet, polisen och militären« [2].

Men bistånd handlar i stort sett inte om detta. Enligt FNs Millenniemål, som Sverige anslutit sig till, är den övergripande målsättningen att »utradera extrem fattigdom och hunger«, närmare bestämt att halvera fattigdomen fram till 2015. Andra prioriterade mål är allmän grundskola, jämlikhet och ökad kvinnomakt, minskad barnadödlighet, förbättrad mödrahälsa, att bekämpa HIV/aids, malaria och andra sjukdomar, en hållbar miljö samt att utveckla ett globalt samarbete för utveckling [3].

Enligt en färsk rapport från biståndsorganisationen Diakonia har av de 60 miljarder dollar (ca 395 miljarder kronor) som det samlade internationella biståndet ökade med 2001–2005 endast 0,024 miljarder dollar (ca 158 miljarder kronor) gått till att öka resurserna för att uppnå millenniemålen om att halvera fattigdomen.

Halva ökningen, nästan 30 miljarder dollar, har i stället gått till insatser relaterade till »kampen mot terrorismen«, dvs insatser i länder som Irak

och Afghanistan. Drygt 20 miljarder dollar har använts till att bekosta exportkreditkulder i givarländerna [4]. Fortfarande dör varje dag 10 000 mödrar och nyfödda »i komplikationer som är till 80–90 procent är möjliga att förebygga med resurser som världen lätt skulle kunna mobilisera« [5].

Det finns ett tydligt samband mellan bistånd och ekonomisk utveckling. Miljontals fler barn går i skolan, tillgången till hälsovård har stärkts och miljontals fattiga människor har fått ett bättre liv. I Afrika har flera av Sveriges främsta samarbetsländer en tillväxt på mellan 5 och 8 procent per år. Dessutom är demokratin på frammarsch enligt amerikanska Freedom House [4].

Det är vår plikt som rika givarländer att göra allt som står i vår makt för att utrota fattigdomen. Massor av bra och välfungerande projekt väntar på mer resurser, inte mindre, för att förverkliga FN:s millenniemål. Regeringarna i Väst, och inte minst den svenska, måste sluta att trixa med biståndet och se till att medlen kommer de verkligt fattiga till godo.

Gunnar Olofsson
med dr, Göteborg;
läkare med erfarenhet
av många utvecklingsprojekt
i framför allt Afrika
gunnar_fam@hotmail.com

REFERENSER

1. Carlsson G. "Den nya utvecklingspolitiken". DN Debatt 070827.
2. Carlsson G. "Det finns hopp för Kongo". Aftonbladet 080204.
3. UN Millenium Development Goals. www.un.org/millenniumgoals/
4. Forsberg B. Ökat bistånd går inte till de fattigaste. GP 080130.
5. Molin A, Bergström S. Graviditetsrelaterade dödsfall nu fler än alla dödsfall i malaria och tuberkulos. Läkartidningen. 2008;105:185-6.