

Vårdval – evidens och effekter för »vård på lika villkor«?

I diskussionen kring vårdval och fri etablering i primärvården saknas mycket av reflektion över andra länders erfarenheter, inte minst avseende effekter på »vård på lika villkor«. Liten hänsyn tycks tas till de (goda och dåliga) erfarenheter som hittills gjorts i de landsting som redan genomfört vårdval och fri etablering. Dessutom är det snabba genomförandet märkligt med tanke på den fundamentala systemförändring som förslaget innebär.

I delbetänkandet Vårdval i Sverige [1] föreslås att vårdval och fri etablering i primärvården ska lagstiftas för hela landet. Ett antal landsting (Halland, Stockholm, Västmanland) har redan nyligen infört vårdval, med olika ersättningsmodeller. Halland är det enda landsting där vårdval utvärderats.

Enligt Dagens Medicin 2008-08-27 är 19 av 21 landsting/regioner tveksamma till införande av vårdval i sina remissvar till utredningen. Socialminister Göran Hägglund avser dock att genomföra lagändringen med vårdval och fri etablering i primärvård, med hänvisning till att det innebär »en bättre vård» [2].

Finns det då evidens för att vårdval är »en bättre vård»? Den lagändring som föreslås innebär en omfattande förändring av svensk sjukvårdsorganisation, och det verkar inte orimligt att förvänta att en sådan i någon mån skulle vara »evidensbaserad». Vårdval förutsätter att en marknad skapas, där konsumenten/patienten kan göra sina val mellan olika vårdgivare. Den underliggande ideologin är en liberal övertygelse att valfrihet är ett primärt mål i sig, i kontrast till den egalitära synen om jämlikhet som ett primärt mål [3, 4].

Ett antagande är att valfrihet kan vara bemäktigande och stärka patientens roll som aktör i sjukvården, vilket förutsät-

ter att patienten styr över budget och resursfördelning och dessutom kräver att patienten är informerad om de olika valen. Information är dock ofta ojämnt fördelad, till förmån för personer med mer resurser [5].

Erfarenheter från andra länder som under längre tid tillämpat valfrihet i vården är blandade. I en artikel, som sammanfattar europeiska erfarenheter, konstateras att tillämpningen varierar beroende på tradition och kultur. Unga, friska och mer mobila personer utnyttjar valfrihet mera. Den initiala entusiasmen grundad på teoretiska antaganden har emellertid inte infriats, och vissa negativa aspekter, bl a ökade kostnader, har konstaterats [6]. I Tyskland har tendensen varit att i stället minska valmög-

ligheter i vården av kostnadsskäl [7]. Ett genomgående fynd i en annan översiktsartikel från europeiska och amerikanska studier av patientval var att stora grupper av befolkningen inte primärt prioriterar fritt val i vården – det är när det lokala vårdutbudet inte fungerar som man vill kunna byta, av förståeliga skäl. Artikelförfattarna fann inga bevis för att valfrihet förbättrade vare sig effektivitet eller kvalitet i vården och drog slutsatsen att vinnarna i ett system med ökad valfrihet är de bättre bemedlade och mera välutbildade, om inte särskilda mått och steg tas för att stödja missgynnade grupper [8].

I Storbritannien har mycket kritik riktats mot den ökade marknadsorienteringen av den offentliga sjukvården, inte minst med avseende på rättvisaspekter i vården. Chefredaktören för British Medical Journal, Fiona Godlee, skrev i en ledare den 1 december 2007: »A true market has no room for equal access for equal need ...» [9]. Ytterligare andra har hävdat att valfrihet i sig står i motsats till det kollektiva system i vilket den ska utövas, eftersom ökad valfrihet för en individ minskar en annan individs resursutrymme och därmed minskar den gemensamma samhällsnyttan [10].

I Storbritannien har från politiskt håll hävdats att rättvisa och jämlikhetsaspekter skulle gynnas av valfrihetsre-



BO BURSTRÖM

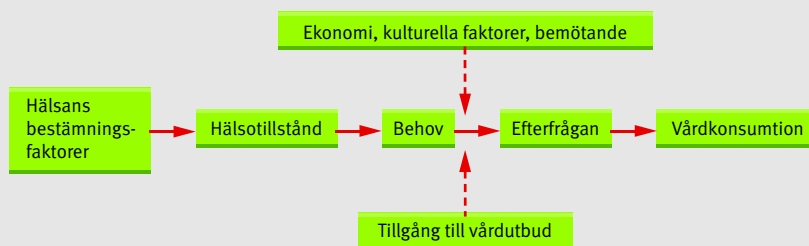
professor, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin, Karolinska institutet
Bo.Burstrom@ki.se



»Om man tror att hälso- och sjukvården kan bidra till att minska sociala skillnader i hälsa borde man snarare underlätta för personer och grupper som i dag i mindre utsträckning efterfrågar vård, trots stora behov«, menar artikelförfattaren.

Foto: Sofia Sabel/
Scanpix

■ Sjukvårdens uppgift och »vård på lika villkor«



Figur 1. Schematisk representation av vissa steg som föregår vårdkonsumtion.

former, men kritiker menar att detta inte skett i praktiken, utan att reformerna snarare riskerar att öka ojämlikheten [11]. Kritiker hävdar att valfrihetsreformer i Storbritannien inte lett vare sig till förbättrad effektivitet, bättre utfall för patienter, minskade kostnader eller ökad jämlikhet i vården [12-14].

Den svenska Hälso- och sjukvårdslagen betonar att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, där personer med större behov ska prioriteras framför andra [15]. Detta poängteras även i Prioriteringsutredningens slutbetänkande [16]. Hur kommer detta att åstadkommas i den vårdvalsreform som nu ska genomföras i hela landet? Kommer efterfrågan på vård att likställas med behov av vård?

Redan i dag finns observerade sociala skillnader i vårdkonsumtion som inte motsvarar de sociala skillnaderna i hälsa. Personer med sämre hälsotillstånd kan förväntas göra mera bruk av sjukvård, vilket dock inte är fallet, särskilt inte vad gäller primärvård [17, 18]. Att utgå från att efterfrågan är detsamma som behov innebär att man bortser från den sociala snedfördelningen av ohälsan och dess bestämningfaktorer. Vidare bortser man från att nedsatt hälsotillstånd upplevs som behov och resulterar i efterfrågan på vård i varierande grad bland olika grupper.

Figur 1 visar en schematisk representation av vissa steg som föregår vårdkonsumtion. Hälsans bestämningfaktorer (bl a sociala relationer, arbets- och levnadsvanor) har en social snedfördelning i befolkningen, vilket resulterar i sociala skillnader i hälsotillstånd och sjuklighet. Samma hälsotillstånd hos två individer kan dessutom leda till olika upplevelser av behov av vård. Huruvida ett upplevt behov av vård sedan översätts i efterfrågan av

vård varierar också mellan grupper, och modifieras av tillgång till vård, ekonomiska hinder för att söka vård, kulturella faktorer, tidigare upplevelser av vård osv. I vilken mån efterfrågan på vård verkligen leder till vårdkonsumtion bestäms slutligen av läkaren/vårdgivaren, i dialog med patienten.

Studier har visat att det finns en social snedfördelning i flera av de beskrivna stegen, där personer med lägre utbildningsnivå t ex söker vård senare i förloppet av en sjukdom än personer med högre utbildningsnivå [19]. Vidare är tillgången till vård ojämnt fördelad, och de ekonomiska, kulturella och övriga hindren för att söka/efterfråga vård är vanligare bland personer i socialt och ekonomiskt utsatta grupper [20]. En viktig aspekt är att det dessutom kan finnas sociala skillnader i hur väl man som patient kan göra sina behov förstådda och åtgärdade hos vårdgivaren.

En väsentlig fråga är vad man vill åstadkomma med vårdvalsreformen, och vilka grupper man avser gynna. Den svenska Hälso- och sjukvårdslagen lägger stor vikt vid en god hälsa och vård på lika villkor, med prioritering av de som har störst behov. Om detta är målet, och om man tror att hälso- och sjukvården kan bidra till att minska sociala skillnader i hälsa, borde man snarare underlätta för personer och grupper som i dag i mindre utsträckning efterfrågar vård, trots stora behov. Detta skulle kräva helt andra insatser än de som föreslås i vårdvalsreformen. En viktig princip är att resurser fördelas efter behov, vilket man inte åstadkommer med den efterfrågestyrning som vårdval innebär.

Vidare är det viktigt att bevaka att den fria etableringen i primärvården också tillgodoser behovet av primärvård för befolkningen i områden som i dag har svårt med rekrytering, t ex glesbygd och socialt och ekonomiskt utsatta områden.

Om den svenska vårdvalsreformen, lik som fallet varit i andra länder, kommer att gynna mera resursstarka personer finns en risk att sjukvårdsresurser därmed omfördelas från sjuka och mindre resursstarka grupper och områden till mindre sjuka och resursstarkare – på tvärs mot Hälso- och sjukvårdslagens intentioner.

I diskussionen kring genomförande av vårdval och fri etablering i primärvården saknas mycket av reflektion över andra länders erfarenheter, inte minst de risker som framkommer vad gäller effekter på »vård på lika villkor«. Vidare förefaller liten hänsyn tas till de (goda och dåliga) erfarenheter som hittills gjorts i de landsting som redan genomfört vårdval och fri etablering. Det är dessutom märkligt att denna reform genomförs så snabbt, med tanke på den fundamentala systemförändring som förslaget innebär.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Williams A. Equity in health care: the role of ideology. In: van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, editors. Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993. pp 287-98.
- Saltman RB, Figueras J, editors. European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization; 1997.
- Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European experience. J Health Serv Res Policy. 2006;11:167-71.
- Allen P, Hommel PR. What are 'third way' governments learning? Health care consumers and quality in England and Germany. Health Policy. 2006;76:202-12.
- Fotaki M, Roland M, Boyd A, McDonald R, Scheaff R, Smith L. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. J Health Serv Res Policy. 2008;13: 178-84.
- Barr DA, Fenton L, Blane D. The claim for patient choice and equity. J Med Ethics. 2008;34:271-4.
- Goodwin N, Allen P, Green J. Patient choice: as attractive as it seems? J Health Serv Res Policy. 2006;11:129-30.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård – Primärvård. Lagesrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 2006;174:177-83.
- Gulliford M. Equity and access to health care. In: Gulliford M, Morgan M, editors. Access to health care. London: Routledge; 2003. pp 36-60.

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>