



HÄLSOVAL SKÅNE. En radikal omfördelning av resurser väntar Skånes primärvård. Med landets minsta primärvårdsbudget ska pengarna styras dit där de bäst behövs – inte där vården efterfrågas. Denna Robin Hood-reform väntas omfördela framför allt från stad till landsbygd, men också till socioekonomiskt belastade områden.

TEXTER: MARIE NÄRLID FOTO: PETER KROON

Omfördelning av resurser väntar Skånes primärvård

Region Skåne lägger minst pengar på primärvården per capita av Sveriges alla landsting och regioner, enligt Sveriges Kommuner och Landstings statistik. Med »Hälsoval Skåne« hopas man komma upp på en genomsnittsnivå.

Pengarna, framöver i snitt 2 200 kronor per patient och år, ska följa patienterna med störst vårdbehov, utifrån diagnos och socioekonomisk viktning (se artikel intill). Detta enligt en tvärpolitisk skånsk överenskommelse, där socialdemokraterna villkorade med ett litet »hälso-« framför »valet« för att undvika associationer till den stockholmska modellen.

Med djupa ohälsotickor fokuserar politik och administration på att fördela de begränsade resurserna utifrån behov.

– Tanken är att resurser fördelas efter sjuklighet – där har vi hälso- och sjukvårdslagen att vila på, säger Magnus Kåregård, distriktsläkare och medicinskt ansvarig, Hälsoval Skåne, som flaggar för att det kan bli »en betydande omfördelning i Skåne«, där man tidigare haft 100 offentligt drivna vårdenheter och

ett 30-tal privata enheter.

Region Skåne kalkylerar nu med ytterligare 20–35 nya ackrediterade enheter, som väntas konkurransutsätta verksamhet framför allt i de privatläkartäta Malmö- och Helsingborgsregionerna.

– Det nya i vårt system är att vi kommer fördela nästan alla pengar utifrån behov, dels utifrån ohälsa, dels utifrån riskbenägenhet för ohälsa.

– Hälsovalet blir betydligt mer rättvist än vad det är i dag. Välsituerade områden, där efterfrågan är större än behoven, kommer att få minskade resurser, medan vårdtunga områden får mer. Vi ser inte värdena på individnivå, utan vårdenheten får ett medelvärde.

Det var Hallands vårdval, med ett stort basuppdrag och fokus på närsjukvård, som skåningarna initialt siktade mot. Praktiken har dock satt käppar i hjulet. Skåne har varken ekonomi, tillräckligt homogen och välmående befolkning eller en vårdinfrastruktur eller



Magnus Kåregård
Foto: Bosse Nilsson

kultur för att uppnå detta.

– Halland har en mer homogen befolkning och har samtidigt väldigt mycket mer resurser i primärvården. De har snart nått dit vi vill komma, att få ut specialisterna från sjukhusen.

– Utgångspunkten i Skåne är tyvärr att vi börjar från ett bottenläge. Vi är i ett första steg att bygga ut primärvården, men vill på sikt omfatta all närsjukvård. Med detta första steg närmar vi oss den genomsnittliga nivån på primärvård i landet, säger Magnus Kåregård.

Ackreditering i Hälsoval Skåne kräver – på grund av jourtvång – i praktiken en vård-enhet om minst tre läkare (varav minst en specialist i

allmänmedicin), som knyter kontakt med psykolog och sjukgymnast.

Allmänläkare hade hoppats på generösare villkor, för att kunna starta till exempel kooperativ, berättar Staffan Larsson, distriktsläkare och facklig företrädare, Vårdcentralen, Lundbergsgatan, Malmö.

– Systemet är inte konstruerat för en enstaka läkare eller exempelvis sjukgymnaster, svarar Magnus Kåregård:

– Tanken är man ska jobba många professioner tillsammans i team kring en patient. I Hälsoval Skåne ska patientens behov kunna tillgodoses på ett och samma ställe.

– Vår konstruktion är att vi vill ha ett brett åtagande, till skillnad från i Stockholm. Vi vill att enheten ska svara mot patientens behov, och kunna erbjuda till exempel psykologhjälp. Då blir enheterna större än husläkarmottagningar.

Skånes privatläkarförening har överklagat regionstyrelsens beslut i länsrätten om kostnadsersättningen i Hälsoval Skåne, som man anser bryter mot lagen om etableringsfrihet, avtalslagen och mot patientsekretess (se LT nr 11/2009, sidan 740).

Marie Närlid

»Vår konstruktion är att vi vill ha ett brett åtagande, till skillnad från i Stockholm. Vi vill att enheten ska svara mot patientens behov, och kunna erbjuda till exempel psykologhjälp. Då blir enheterna större än husläkarmottagningar.«



Många diffusa diagnoser (Z-diagnoser) kan äventyra Rosengårds chanser att hävda sig i konkurrensen om pengarna. Den socioekonomiska viktningen är dock ett plus.

Reformen befaras underfinansierad

Allmänläkare hoppas att Hälsoval Skåne innebär en satsning på primärvården. Men ekonomin är ett bekymmer – reformen befaras vara underfinansierad. Läkare på nationella taxan kämpar för överlevnad, medan Rosengård sliter med vakanser och ökade administrationskrav.

– Vi ville gärna tro att det skulle bli en satsning på primärvården, men det betvivlar jag att det blir, säger Per Olsson, verksamhetschef och distriktsläkare vid en av Region Skånes största vårdcentraler, Sjöbo vårdcentral med ett femtiotal anställda.

Utanför de låga byggnader-
na utslängda en knapp

kilometer utanför bykärnan står ambulanservilande på rad. En bildskärm informerar om att här används »triage«.

Sjöbo vårdcentral har ett upptagningsområde om 18 000 invånare. Många av dem är äldre, många är bönder och många är trogna sin vårdcentral, även om några av de listade patienterna även uppsöker det privata alternativet, »Läkarpraktiken«, på



Sjöbo vårdcentral.

Järnväggsgatan inne i byn.

En ekonomisk simulering visar att Sjöbo vårdcentral med den nya ekonomiska ersättningen kommer gå runt med ett litet plus, ungefär som man gjort de senaste åren.

– Vår vårdcentral har hög andel listade patienter, 83 procent av invånarna, förklarar Per Olsson.

Från och med den första maj kommer vårdcentralen att konkurrensutsättas av Nova Kliniken, ett företag med verksamhet i Ystad och på Österlen, berättar Per Olsson och antyder med en armrörelse åt vilket håll konkurrenten kommer att slå ner bopålar.

Kliniken har sökt ackreditering för primärvård i Sjöbo och i Veberöd, ett villasamhälle en dryg mil bort.

– Vi får konkurrens, men samtidigt en avlastning eftersom vi egentligen har ett större beting än vi orkar med.

Per Olsson, till alldeles nyligen ordförande i Östra Skånes distriktsläkarförening, leder en av regionens mest moderniserade vårdcentraler, där man infört knappval, »Mina vårdkon-



Per Olsson
Foto: Britt Risberg/
Ystads Allehanda

takter» via webben och andra nymodigheter som att mycket av patientarbetet sköts av sjuksköterskor och paramedicinare.

De allmänna farhågorna bland primärvårdsläkarna är ekonomin, vakanser och täckningsgrad (kvoten mellan öppenvårdsbesök in på primärvårdsnivå och det totala antalet öppenvårdsbesök). Initialt var det tänkt att ekonomiskt premiera enheter med hög täckningsgrad, något som enligt Per Olsson nu tonats ner.

Det stora akuta problemet, som inom kort kommer att förvärras, är läkarbristen.

– Vi har i regionen ett vakansläge på 20 procent, och snart börjar de stora pensionsavgångarna. Vi har inte kunnat hävda oss gentemot sjukhusen när det gäller ST-tjänster.

Läkarförbundets företrädare känner ändå en viss tillförsikt inför Hälsoval Skåne, visar protokoll från MBL-förhandlingar från början av februari. Reservation görs dock bland annat för att vårdenheter själva måste bekosta medicinsk service (som röntgen, laboratorieundersökningar med mera; se



»Kraven på vårt arbete ökar hela tiden«, säger Susanne Delavaran, medicinskt ansvarig distriktsläkare, Rosengårdens vårdcentral i Malmö.

artikel nedan). Reservation görs också för ekonomin. Likt tidigare försök till satsningar på skånsk primärvård så har Hälsoval Skåne redan nagats i kanten. Av den halva miljard som styrgruppen föreslog följa med reformen realiserats bara 150 miljoner.

– Tanken var att större andel av vården skulle ske

inom primärvården, men det har varit svårt att få ut specialistläkarna från sjukhusen.

Kostnadsersättning utifrån behov får dock tummen upp.

– Ersättningen som följer med listad patient kan komma att variera med mellan 500 kronor och upp till som högst

70 000 kronor per patient och år, enligt Per Olsson, som själv suttit med i den styrgrupp som föregått reformen.

Vinnare i reformen borde bli de mest vårdtunga områdena. I ett snålkallt Rosengård där skymningen hänger redan vid fyra på eftermiddagen sitter Susanne Delavaran med dagens pappersarbete. Hon är medicinskt ansvarig för vårdcentralerna Rosengården och Törnrosen och specialist i allmänmedicin. Hon vill inte ta ut några segrar i förskott.

– Sjukhusen kräver i allt högre utsträckning färdigutredda patienter, med allt vad det innebär vad gäller kostnader för medicinsk service. Vi är också oroliga för de kostnader som vårdcentralen måste ersätta om våra listade patienter går till privatläkare. Vi får då, utöver besökskostnaderna, också betala för medicinsk service och de basläkemedel som där skrivs ut, säger Susanne Delavaran, som i nuläget tycker det är svårt att överblicka de ekonomiska konsekvenserna av Hälsoval Skåne.

Kollegan Burhan Dawar, specialist i internmedicin, geriatrik och allmänmedicin,

Region Skåne satsar på experiment – till

Region Skåne satsar på ett jätteexperiment. Primärvårdspengen som följer med patienten ska till 80 procent baseras på diagnoser. Det är första gången som ACG Case-Mix, ett allöfverlagande- och planeringsverktyg, används i full skala.

Region Skåne blir först ut i Sverige med att använda ett så kallat ACG Case-Mix-system i full skala. Det är en individbaserad modell för att förutsäga vårdbehov. Med detta kan man också analysera per vårdgivare. Syftet är att bättre beskriva den samlade sjukdomsburden,

och därmed storleken på den vårdpeng som följer patienten till den vårdenheter där han eller hon listat sig. I Hälsoval Skåne grupplaceras nu individer utifrån sin speciella kombination av sjukdomsmönster.

Instrumentet har ursprungligen utvecklats av barnläkare vid Johns Hopkins-universitetet i USA, och används där huvudsakligen inom sjukförsäkringsvärlden. Under cirka tio års tid har instrumentet prövats fläckvis runt om i Sverige. Det är först nu som systemet kommer att provas som metod för resursfördel-

■ FAKTA Vårdpeng

Patientpengen i Hälsoval Skåne baseras till 80 procent på vårdtyngd och 20 procent på socioekonomisk belastning (CNI). Ersättning utgår till vårdenheter för listad patients samlade sjukdomsbild, baserat på ACG Case-Mix, som gruppindelar patienter och konverterar diagnoser (ICD-10-kod). Socioekonomisk tyngd räknas ut genom körningar av individer mot ett an-

tal av SCBs register, varvid ett snittvärde för patientgrupper vaskas fram. Ansvarstagande för patienten ger avdrag/tillägg på vårdpengen.

ACG används i Blekinge, men också i pilotprojekt i Stockholm, Dalarna, Gävleborg, Halland, Skåne, Jönköping, Värmland, Kronoberg och Västmanland.

Läkemedel är i dag inte ACG-grundande.

ning i ett helt landsting.

– Europeisk forskning på området saknas i stort sett, säger Lars Borgquist, di-

striktsläkare och professor i allmänmedicin, Linköpings universitet.

I ett forskningsprojekt i

säger att patienterna ofta är tidskrävande, men inte nödvändigtvis sjuka i en medicinsk bemärkelse, utifrån de diagnoser som finns att tillgå.

Allt för ofta måste så kallade Z-diagnoser tillgripas, vilka ger en mindre ekonomisk ersättning till vårdenheten. Förhoppningsvis ska den nya breda »diagnosfångsten« justera för olika förutsättningar.

– En »diabetes 2« kan kräva väldigt olika insatser, beroende på om det är en välskött diabetes eller inte.



»Många av våra patienter har mer sociala än medicinska problem«, säger Burhan Dawar, läkare vid Rosengården, Malmö

Ersättningen måste spegla detta, säger Burhan Dawar.

Ture Andersson, privatpraktiserande allmänläkare på den nationella taxan, har under 20 års tid arbetat vid sin privatpraktik, »Läkarpraktiken«, på Järnvägsgatan i Sjöbo, tillsammans med en läkarkollega som nått pensionsålder.

– Jag har sett många olika mottagningar runt om i landet. Fördelarna med en liten enhet är att det blir en bättre personkontakt och personkännedom. Patienten möter ett bekant ansikte som kan patientens sjukdomshistoria, säger Ture Andersson, som lägger sig vinn om mottagningens miljö, som att ha belysningen dämpad i mottagningsrummet.

– Vi försöker betona det här med direktkontakt. Vi strävar inte efter telefoner med tonval, utan efter en mänsklig kontakt. Om man är gammal och lite förvirrad är det nya svårt att hantera, säger Ture Andersson, och uppger att en del samarbete kring patienter förekommer med den stora vårdcentralen.

Privatpraktiken är för liten för att kunna ingå i Hälsoval Skåne. Med en patientstock



»Jag vill avvakta och ser vad som händer«, säger Ture Andersson, privatpraktiker på den nationella taxan.

om cirka fyra tusen namn bör praktiken kunna vara av intresse för Nova Kliniken som sökt ackreditering på orten.

– Jag vill avvakta och se vad som händer, säger Ture Andersson, som helst skulle vilja fortsätta i det lilla formatet.

– Det vore verkligen synd om inte den här typen av patientnära verksamheter ska kunna få finnas kvar i Hälsoval Skåne. Många av mina patienter är oroliga och frågar vad som kommer att ske.

Marie Närlid

80 procent baserat på vårdtyngd

Östergötland har man anpassat ACG-instrumentet till svenska förhållanden genom att utarbeta svenska vikter med hjälp av KPP-systemet (kostnad per patient). Men Östergötland har en liten befolkning. Det är önskvärt med ett större patientunderlag för en säkrare bedömning.

Lars Borgquist antyder att införandet av ny ersättningsmodell i Skåne går snabbt.

– Det är ett väldigt intressant experiment, som det finns anledning att följa upp både före och efter. Inte minst som många landsting har olika ersättningssystem.

Anders Anell, professor i

hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomistyrning vid Lunds universitet, ligger i startgroparna för att följa utfallet av Hälsoval Skåne.

En stark förespråkare till ACG är Lennart Carlsson, hälsoekonom och forskare, Karolinska institutet, som arbetat med systemet sedan 1990-talet, bland annat tillsammans med Implementum, det företag som till nyligen haft de svenska riktigheterna till ACG-systemet.

– I dag har vi en lite valhänt hantering av sjukdomsbekrivning. Av epikriser lär

man sig inte hur patienten mår. Det som nu kommer att ske i Hälsoval Skåne är att man sätter fler diagnoser, som ger en mer heltäckande bild av patienten, säger Lennart Carlsson och tillbakavisar farhågor att systemet triggar en jakt på lukrativa diagnoser, motsvarande vad som förekommit inom sjukhusvärlden.

– Jag tror inte att man kommer leta efter den diagnos som ger bäst ersättning. Då tullar man på den yrkesmässiga hedern.

Lennart Carlsson ser i ACG en potential för allmänläkarna, som hittills inte nyttjats.

– Vårdvalet har gett ACG en skjuts. Men det har främst blivit ett verktyg för landstingsledningen att fördela resurser, i stället för att låta professionen börja arbeta med det som ett vårdbedömningsinstrument.

De hinder som Lennart Carlsson ser för instrumentet är att alla diagnoser hittills inte förts in i journaler, men det finns också ett motstånd inom professionen.

– Många läkare vill ha täckning för vad man gör, men har inte lyckats visa att det som görs verkligen leder till nytta för patienten.

Marie Närlid