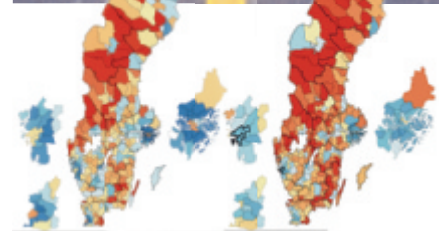


# Jämlik vård – vadå, vardå?

Vård och tillgång till vård ges inte alltid på lika villkor. Sjukvårdsbehoven hos befolkningen varierar i de olika landstingen, liksom resurserna. Utifrån en översyn av den psykiatriska heldygnsvården tecknar författaren bilden av ökande klyftor mellan stad och land, och diskuterar konsekvenserna utifrån nuvarande finansiering.



En växande andel äldre konsumerar allt mer vård. På kartorna ses t v andelen av befolkningen över 65 år 1998 och t h år 2009. Ju mer rödbrunt desto högre andel.

**A**r 2009 reste jag och ett antal kollegor runt i hela Sverige och besökte alla psykiatriska kliniker. Vi åkte från Gällivare till Trelleborg, från Gotland till Kungälv. Alla besöktes – totalt cirka 60 vuxenpsykiatriska, 20 rättspsykiatriska och knappt 20 barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Totalt rörde det sig om 259 vuxenpsykiatriska, 105 rättspsykiatriska och 30 barn- och ungdomspsykiatriska vårdavdelningar. I samband med besöken, som tog 1–2 dagar per klinik, gjordes genomgång av inläggande patienter på ett avidentifierat sätt. I slutet av kartläggningen hade vi drygt 4 200 »patientberättelser« med oss samt många intryck. En del av dessa finns samlade i rapporten »Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården« [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/heldygnsvard/heldygnsvard\\_kartlaggning](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/heldygnsvard/heldygnsvard_kartlaggning).

Ett bestående intryck av resan är inte bara att vården är organiserad på många olika sätt, utan framför allt att det finns mycket stora skillnader i resurser i olika delar av landet. Tillgången på psykiatrisk heldygnsvård varierar mer efter var man bor än efter det behov som finns i befolkningen.

Jag minns besöket i Dalarna juni 2009. Varje vardagsmorgon samlades läkarna i Falun och i Säter till genomgång över videolänk av patienter och platsläge. Det rådde konstant platsbrist med ständiga överbeläggningar på flera avdelningar. Vem skulle prioriteras och vem måste ge plats för någon annan? Dalarna var vid den tidpunkten det landsting

## ur hälso- och sjukvårdslagen

Mål för hälso- och sjukvården  
2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

som hade minst antal vårdplatser inom allmänpsykiatrin: 0,19 per 1 000 invånare.

Sommaren 2009 hade åtta landsting dubbelt så många eller fler vårdplatser inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård jämfört med Dalarna. Just denna vård är något som inte köps och säljs. Den vård som finns konsumeras av det egna landstingets invånare. De människor som lider av psykossjukdom eller depression – de två vanligaste patientgrupperna – har inte tillgång till ett jämlikt utbud av heldygnsvård.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin har det – vilket uppmärksammats i debatten under senare tid – skett en mycket kraftig nerdragning av antalet vårdplatser. I fem landsting har vårdplatser för barn och ungdomar med psykiska problem helt försvunnit. I dessa landsting är man hänvisad till att köpa vård utanför landstinget, använda vuxenpsykiatriska vårdplatser eller intensifiera öppenvårdsinsatserna.

I samband med våra besök på de olika BUP-klinikerna gjordes en genomgång av inläggande patienter. Inalles tog vi del av uppgifter om 108 patienter. De skilde sig delvis från vuxenpsykiatrins patienter, exempelvis var ätstörningar vanligare, och könsfördelningen såg annorlunda ut med högre dominans för det kvinnliga könet.

Men det som slog oss var också att det bland dessa sjukhusvårdade barn och unga knappt fanns någon som vi bedömde inte hade behov av heldygnsvård. Inom vuxenpsykiatrin gjorde vi,

tillsammans med medicinskt ansvarig, bedömningen att cirka 10 procent inte var i behov av heldygnsvård. Vanligaste orsaken till att de fanns kvar i vården var väntan på boendeplats. Regelverket inom psykiatrin, till skillnad från kroppssjukvården, ger kommunerna möjlighet att inte behöva betala för den utskrivningsklara patientens vård de första 30 vardagarna. I regel utnyttjades de flesta av dessa dagar, vilket bidrar till platsbrist och sämre livskvalitet för den enskilda patienten.

Intrycket kvarstår: psykiatrisk sjukhusvård fördelas inte utifrån de behov som kan finnas i befolkningen i de olika landstingen.

Hur uppkommer dessa skillnader och orättvisor? Frågan är inte så enkel att besvara men jag ska ändå göra ett försök. Konsekvenserna av mitt resonemang, om det är riktigt, har bäring inte bara på psykiatrin utan på all sjukvård – något som får stöd i debatten om ojämlik fördelning av allt från cancersjukvård till läkemedelsförskrivning.

Landstingen beslutar självständigt – inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen och en rad andra lagar – om hur mycket resurser i form av landstingsskatt som man ska ta upp och hur dessa resurser ska fördelas inom landstinget. Det i särklass största skatteuttaget gör Stockholms läns landsting med för närvarande 12,10 kronor. Det totala kommunala skatteuttaget för Stockholms läns invånare i snitt ligger dock på i



HERMAN HOLM  
överläkare inom psykiatrin  
i Skåne  
Herman.Holm@skane.se

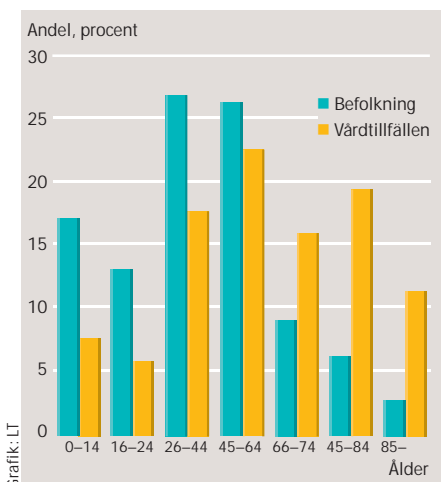
sammanhanget mer blygsamma 30,45 kronor. Det är lägst i landet när man slår samman landstings- och kommunalskatt, beroende på att många kommuner inom Stockholms län har väsentligen lägre kommunalskatt än de flesta andra kommuner i landet.

Stockholm ligger i topp för kostnader av psykiatri totalt. Enligt en redovisning 2006 (Sveriges Kommuner och landsting) kostade den psykiatriska vården i Stockholm 2 230 kronor per invånare, i Dalarna 1 675 kronor, och i lilla Halland inte mer än 1 238 kronor, dvs 55 procent av kostnaden för stockholmarna.

Märks detta? Svaret är: Ja, det märks. Kanske inte helt proportionellt mot siffrorna, men resurser och möjligheter till psykiatrisk vård är ojämnt fördelade. När heldygnsvårdsresurser, öppenvård och möjligheter till hjälp vid missbruksbehandling skiljer sig åt råder det inte, menar jag, lika villkor.

Vi lever i förändringarnas tid. Städer växer, landsbygden avfolkas. Jag arbetade under 20 år i Kalmar som läkare inom psykiatri. Länet som helhet präglades under de åren av minskat antal invånare parat med en allt äldre och sjukare befolkning. Det hela är paradoxalt – en allt äldre och allt sjukare befolkning ska tas om hand och finansieras i ett system där unga och välutbildade i hög utsträckning söker sig bort från uppväxtorten. Kalmar är inte unikt – utvecklingen är densamma i många glesbygdslän.

Jag arbetar sedan knappt tio år i Skåne, sex av dessa som chef för den samla-



Andelen konsumerade vårdtillfällen i respektive åldersgrupp år 2007. Av figuren framgår tydligt vilka delar av befolkningen som konsumerar mest sjukvård. Källa: SKL:s publikation »Landstingen och regionerna i diagram och siffror 2007«.



Andelen av befolkning över 65 år på X-axeln samt andelen av befolkningen 15–64 år på Y-axeln år 1989 och 2009. År 2009 har de tre stora prickarna Stockholm, Göteborg och Malmö vandrat uppåt (de har en allt större andel, cirka 70 procent, av befolkningen i arbetsför ålder), och åt vänster: en allt mindre del av befolkningen är över 65 år (cirka 15 procent).



Figurer: <http://www.ncomva.se/flash/explorer/sweden/>

de psykiatrin i Malmö. Flytten till Malmö innebar en nästan omvänd problematik. En starkt expanderande, yngre befolkning med helt andra behov. Hur kan man fånga detta skeende i annat än en känsla av att något inte står rätt till?

Jag har uppmärksammat ett gratis verktyg på Internet som professor Hans Rosling är pappa till. Med det kan man visualisera olika skeenden som till exempel åldrande befolkning, andel högt utbildade, medelinkomst och en del annat (<http://www.ncomva.se/flash/explorer/sweden/>). Med animationer kan man efter några få sekunder i ett diagram eller på en karta följa skeenden som utspelat sig under 30 år.

Det är så oerhört tydligt att våra stora befolkningscentra – Stockholm, Göteborg och Malmö med kringområden – på ett mycket tydligt sätt rört sig i riktning mot allt yngre befolkning, allt högre utbildningsnivå och allt större andel förvärvsarbetande. Detta leder till en allt högre medelinkomst och därmed ökad skattekraft.

Detta är en utveckling som inte har avstannat. I de flöden som visualiseras pågår den snarare i ett allt högre tempo. Vem bosätter sig i en storstad i dag? Inte en arbetslös person med dålig inkomst. 1989 var 21,3 procent av Stockholms invånare över 65 år, 1999 hade andelen krympt till 16,6, och tio år senare är vi nere på 14,1 procent. Många glesbygdskommuner har rört sig åt andra hållet; i Pajala var 1989 22,6 procent av befolkningen över 65 år, 1999 var andelen 25,7 och 2009 30,4 procent.

I Stockholms län beräknas i dag (2011) den genomsnittliga skattekraften per invånare till drygt 203 000 kronor, vilket är högst i landet. På Gotland, som ligger lägst, är skattekraften drygt 150 000 kronor. Hur ska klyftan överbryggas? Motmedlet heter kommunal skatteutjämning. I genomsnitt betalar varje invånare i Stockholm drygt 600

kronor till samtliga andra landsting. Mest tar norrbottningar och jämtar emot, de får drygt 4 000 kronor per invånare i utjämning för landstingets kostnader.

I debatten knorrar det då och då över detta. Jag tänker då: »Åk ut och titta på hur det ser ut. Det sker en överföring i motsatt riktning av ung arbetskraft.«

Skatteutjämningen till trots finns det ingen annanstans i landet lika mycket läkare och terapeuter som i Stockholm, och ingen annanstans i landet är kostnaden för psykiatri över 2 000 kronor per invånare.

Hela denna fråga kring skatteutjämning och finansiering är kontroversiell. I slutet av april 2011 kom en statlig parlamentarisk utredning fram till att systemet med skatteutjämning ska fortsätta. För tillfället lyckas man i ett komplext system delvis överbrygga de stora skillnaderna mellan olika landsting och regioner. I längden är det dock svårt att se att detta kommer att hålla.

## Slutsatser

- Jag har med egna ögon kunnat se vilka mycket stora och, som jag bedömer det, icke acceptabla skillnader som för närvarande finns i människors möjlighet att få psykiatrisk vård utifrån var de bor.

- Jag ser att det nuvarande finansiella systemet med de befolkningsförändringar som pågår medför kraftigt ökande skillnader i landstingens möjligheter att själva finansiera vården. Det finns en snabbt ökande trend med allt yngre, rikare och mer välutbildade personer i våra stora städer med omnejd. En stor del av landstingen med glesbygd inom sina gränser kommer att få allt svårare att ha råd med sjukvård till en befolkning som kommer att ha en allt högre ohälsa jämfört med befolkningen i stadsområdena.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*