Ökad tillgänglighet – för vem?

Ökad tillgänglighet har blivit det bärande argumentet för en marknadsanpassning av vården. Men vem är det man vill gynna? Var finns den kritiska diskussionen om detta sjukvårdens mål och att privatisering skulle vara det enda sättet att uppnå det? frågar Bengt Järhult i detta inlägg.



Teckning: Bengt Berg

Blir det i framtiden någon plats för Alfred när så många lindriga sjukdomstillstånd ska gå före av ekonomiska skäl?

Sjukvårdens ohälsa har en komplex bakgrund, men i den politiska strategin under senare år har en yttring, tillgängligheten, överordnats allt annat. Och det är bara en dimension i tillgängligheten, väntetiden, som intresserar. Att in absurdum fokusera på ett symtom hos en multisjuk patient skulle för en läkare leda till stränga disciplinära påföljder.

Jag har inspirerats av en hearing den 4 november arrangerad av »Nätverket för gemensam välfärd« [1]. Den behandlade marknadstänkandet i vården, och bl a författaren Göran Rosenberg och folkhälsorådet Göran Dahlgren deltog. Dahlgren har numera en gästprofessur i Liverpool och medverkar i olika WHO- och EU-finansierade program för bättre och jämlikare hälsa och sjukvård. En del vittnesmål från hearingen kommer att finnas på nätet [1], och där finns också en analys av offentlig kontra privat sjukvård [2]. Frågan om tillgänglighet är nära knuten till vinstdriven vård, ett av symposierna på riksstämman.

Den geografiska tillgängligheten har lyst med sin frånvaro i debatten. Sverige är i dag ett i många avseenden segregerat land. Låginkomstgrupper, som ofta bor i ytterområden, bl a i Stockholm, har 50–100 procent större vårdbehov än mer välsituerade men har ändå inte fler läkarbesök/1 000 invånare. Den öppna vården ges alltså inte i proportion till vårdbehoven – i strid med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Situationen är likartad i hela landet, men Stockholm kommer 2008 att avveckla det extra stöd den öppna vården fått i utsatta områden. Landstingsledningen försäkrar att Vårdval Stockholm – liknande kundvalsmodeller är på väg i många borgerligt styrda landsting – inte kommer att försämra tillgängligheten för svaga grupper. Att detta inte är trovärdigt visas av hur privatvården i Stockholm redan i dag fördelas.

Den stora koncentrationen av privatläkare till innerstaden, där efterfrågan kan exploateras, har inneburit en extrem snedfördelning av sjukvårdsutnyttjandet. Trots att södra Stockholm har de absolut största vårdbehoven allokeras privatutbudet till i huvudsak norra delen av staden så att vissa specialiteter är 7–8 gånger vanligare i norr. Inpendling till arbetsplatser med åtföljande läkarbesök är bara en mindre förklaringsfaktor. Sammantaget är utnyttjandet av privatvården dubbelt så högt för hög- som för låginkomsttagare. Husläkarsystemet har också fördelningsproblem men är klart mer jämlikt.

I Vårdval Stockholm kommer incitamentstrukturen att lägga sig nära detta kommersiella/taxebaserade privatläkarsystem. Prestationsersättning på nästan 500 kronor per besök, inget listtak och fri etablering kan sägas vara inte patienternas men läkarnas fria vårdval! Det kommer att resultera i att den redan ojämlika sjukvården i huvudstaden ytterligare förstärks. Samtidigt ökar vårdens totalkostnader genom olika typer av prestationsersättningar till kommersiella vårdföretag, för vilka ökade kostnader för medborgare och landsting är ökade intäkter och vinstmöjligheter.

Det är därför inte förvånande att internationella erfarenheter visar att vårdens totalkostnader vanligen ökar med graden av marknadsorientering. Att redan i dag sjukvårdskoncerner ägs av riskkapitalföretag talar knappast för något ansvarstagande gentemot de många, inte minst geografiskt, som missgynnas av utvecklingen.

Effekterna sammantaget i Stockholm innebär en resursöverföring från dem som redan är utsatta och borde få mer av sjukvårdskakan till privilegierade gruppers service för lättare åkommor – och som lök på laxen tillgänglighetens pris, ren medikalisering. Trots att Halland genom sin »täckningsgrad« har en svagare motor för snabba prestationer söker man en variabel som kan komplettera åldersfaktorn, ett mått på vårdtyngd som kan införas om den externa utvärderingen påvisar ett behov.

Landstingsrådet Filippa Reinfeldt förklarar dock sturskt att motivet för att avskaffa de sociala kriterierna i fördelningen av resurserna i Stockholm är kundvalets princip: »Vi ger inte pengar till områden utan till människor.« Det är ett ologiskt uttalande, då även Stockholm har en åldersfaktor i ersättningssystemet. Men man gör således skillnad på om man behöver mer vård på grund av social situation/livsvillkor än på grund av ålder!

Effekterna för den geografiska tillgängligheten och för vårdkvaliteten i socialt utsatta områden, läkarinsatserna i äldreomsorgen samt förutsättningarna att bedriva hälsofrämjande insatser kommer också att bli betydande. Risken är att de multisjuka och krävande patienterna i hemsjukvården missgynnas när områdesansvaret försvinner och läkarna koncentreras



BENGT JÄRHULT
vårdcentralen i Ryd/FoU-centrum, Växjö
bengt_jarhult@hotmail.com

till den lönsammaste marknaden. I varje fall vore det klokt av andra landsting att invänta en utvärdering av Hallandsmodellen, vilket också forskare föreslår [3, 4].

En annan blind fläck i den politiska tillgänglighetsdebatten gäller betalningsförmågan vid sjukdom och ohälsa. Skulle den vara mindre viktig än den tidsmässiga tillgängligheten? Fortfarande gäller HSLs krav på lika vård för alla efter behov. Eller?

Sverige har de senaste 10–20 åren fått kraftigt stigande egenavgifter, och 1990–2000 ökade dessas del av sjukvårdsfinansieringen från 10 till 16 procent. Sverige intar inte någon hedrande plats bland rika länder, men politiskt är frågan om tillgänglighet för svaga grupper död. Danmark och England har t ex inga besöksavgifter i primärvården, medan man på många håll i Sverige till och med har avgiftsbelagt distriktssköterskebesök.

I Sverige torde 250 000 personer av rent ekonomiska skäl inte hämta ut förskrivna läkemedel. En nyligen publicerad rapport från Centrum för folkhälsa [5] visar att 35 procent av alla som erhåller ekonomiskt bistånd har avstått såväl från sjukvård som från att hämta ut läkemedel som de behövt. De med försörjningsstöd har ont om kontanter och får avgifterna för vård åter först i efterhand, vilket känns förnedrande. 50 procent av socialbidragstagare går inte till tandläkaren mot 20 procent av hela befolkningen, osv.

I stället för att öka möjligheterna för resurssvaga grupper med stora otillfredsställda vårdbehov att få den vård de behöver förefaller den borgerliga alliansens politiska ambition vara att öka tillgängligheten för betalningsstarka grupper på de svagare gruppernas bekostnad. Privat betalning eller försäkringar kommer med den s k startlagen att släppas in på offentligt finansierade sjukhus som drivs av kommersiella vårdgivare.

Risken är betydande att dessa gräddfiler, som genererar intäkter till sjukhusen, kommer att tränga undan de i offentlig vård väntande, dvs öka köerna ytterligare. Det är tvärt emot påståendena i den svenska debatten men har stöd i internationell forskning. Försäkringsbaserad privatvård ersätter inte offentliga insatser utan trissar upp den totala sjukvårdkonsumtionen och kostnaderna [6].

»De många läkare som slår vakt om en offentligt finansierad och driven sjukvård har ett ansvar att finna lösningar på tillgängligheten …«

Ett annat avgörande syfte med startlagen är att påverka läkarnas normsystem. Att lägga upp 80 000 kronor till en läkare på Södersjukhuset är en muta, men på ett privat sjukhus välkomnas det. Startlagen ger ett systemskifte genom professionens attitydförändring. Den ger också en mental förändring hos privatförsäkrade; att de som betalar sin vård privat borde få slippa att stå för andra sociala gruppers större vårdbehov. Hög tillgänglighet baserad på kontant köp eller privata försäkringar rycker alltså undan grunden för den solidariska finansiering som alla politiska partier i retoriken bekänner sig till. Det är mycket anmärkningsvärt att Läkarförbundet i sitt tal om solidarisk finansiering inte pekar på denna koppling [7].

Att monomant förorda kortare köer och vårdgaranti har ett medicinskt pris. På sikt påverkas folkhälsan. Hög tillgänglighet måste ställas mot andra värden i vården.

Läkartidningen berättade nyligen att om vårdgarantin kortas får svårt sjuka barn sämre möjligheter för återbesök. Ledande ortopedföreträdare efterlyser en diskussion om kvalitetsbrister vid ökad tillgänglighet. Privata kliniker, som lever på vårdgarantin, vill inte ta de svårare fallen, har högre infektionsfrekvens vid sina operationer och skickar ifrån sig de komplicerade fallen till offentligdriven vård. Och de vill inte vara med i nationella register som mäter kvalitet [8]!

Vid s k Bra mottagning ska människor inte kunna beställa tid och kallas – den dagliga tillgängligheten är överordnad alla andra mål. Vilka undanträngningseffekterna är när äldre, dementa och andra svaga grupper ska konkurrera om mottagningens dagsprogram har aldrig redovisats. Ändå är det visat att flera kroniska sjukdomar sköts med högre kvalitet om patienter kallas [9].

Professionens företrädare, i första hand Läkarförbundet, har svikit sitt uppdrag att för allmänhet och sjukvårdspolitiker spegla den komplexa vården, där tillgänglighet tidsmässigt bara är en dimension, en faktor. Tvärtom har man med en onyanserad kritik av köproblemen gett legitimitet till och drivit på den systemförändring vi står mitt uppe i. Allmänheten har knappast förstått att köerna gäller oprioriterade fall (inte alla – många vill t ex vänta) och att ett stort flöde av patienter – t ex akutfall och inläggningar på medicinkliniker – aldrig har väntat en dag.

Bristande tillgänglighet i offentlig vård har förvisso negativa effekter för personalens arbetsförhållanden. Privatisering har påstått vara en lösning på arbetsmiljöproblemen. Den största studien, som visar att så inte är fallet, redovisades på hearingen den 4 november. I en enkätundersökning kunde inte några avgörande skillnader ses i arbetsmiljö mellan offentlig och privat vård [10]. Studien gällde äldreomsorg, men inget talar för att slutsatserna är annorlunda för andra vårdområden.

De många läkare som slår vakt om en offentligt finansierad och driven sjukvård har ett ansvar att finna lösningar på tillgängligheten, den geografiska, den ekonomiska och den tidsmässiga. Ökade totala resurser, som också Läkarförbundet förespråkar, är en del. En större bas i sjukvården, dvs utbyggd primärvård, är en annan, som också forskare förordar [4]. En minskad subspecialisering med bredare kompetens hos organspecialister för att minska rundgången av remisser en tredje.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Nätverk för gemensam välfärd. www.gemensamvalfard.se
2. Dahlgren G. Offentlig eller privat sjukvård? En erfarenhetsbaserad analys. Nätverket för gemensam välfärd. www.gemensamvalfard.se
3. Wärngård M. Forskare varnar för hets med Hallandsmodellen. Dagens Medicin 2007;(16):8.
4. Närlid M. Efterlyses: Europeisk forskning om vinst i vården. Läkartidningen. 2007;104:42-4.
5. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi, Centrum för folkhälsa; Forum för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting; 2007. Rapport 2007:5.
6. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin, editors. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham: Open University Press; 2002.
7. Bågenholm E. Det är inte driftsformen som är problemet! Läkartidningen. 2007;104:3475-6.
8. Borgström A. »Patientexport« ökad kostnad för landsting; Ökad infektionsrisk vid operationer utanför länet; »Vi har inte upplevt att det finns några problem«. Läkartidningen. 2007;104:2572-5.
9. Engström S. Att kalla eller inte kalla sina patienter – en fråga om medicinsk kvalitet snarare än frånvarande av ansvar. Allmänmedicin. 2007;(5):20-1.
10. Gustafsson RÅ, Szebehely M. Privat och offentlig äldreomsorg – svenska omsorgsarbetares syn på arbetsmiljö och politisk styrning. Socialvetenskaplig Tidskrift. 2007;14:47-66.