

Med vårdval i tiden



PER WÄNDELL, docent, distriktsläkare, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Stockholm
per.wandell@ki.se

Vårdvalsmodeller för primärvård sprider sig som en löpeld över Sverige. I detta nummer av Läkartidningen gör Anders Anell en analys av de första modellerna ur ett hälsoekonomiskt perspektiv.

Grunden för sjukvården är Hälso- och sjukvårdslagens ord om befolkningens rätt till god hälsa och vård på lika villkor. En rättvis sjukvårdsmodell måste utgå från de faktiska sjukvårdsbehoven, som ser mycket olika ut, framför allt i våra storstäder med kraftigt segregerade bostadsområden.

Poängen med primärvård är också att vården är decentraliserad och geografiskt lättillgänglig.

Helt krasst kan man konstatera att någon bra och enhetlig vårdmodell inte finns. I en bred genomgång av olika modeller för vårdstyrning konstateras att varje system har sina för- och nackdelar [1]. Den svenska primärvården kännetecknas av att besöken är tidsmässigt långa och därför färre per tidsenhet än i andra länder.

Det har mer eller mindre öppet insinuerats att svenska distriktsläkare är ineffektiva och lata, men någon skillnad i effektivitet eller kostnadseffektivitet mellan olika länders sjukvårdssystem är svår att påvisa. Den svenska modellen premierar ett helhetstänkande, men tenderar å andra sidan att prioritera bort korta återbesök till förmån för telefon- eller brevkontakt. Generellt sett hävdar sig svensk sjukvård dock mycket väl.

Vårdvalsmodellerna har motiverats med en önskan att få ett gemensamt och enhetligt system inom respektive lands- ting, men med uteslutande av andra faktorer än åldern som prediktorer för sjukvårdsbehov.

Det är väldokumenterat att låg socioekonomisk status, både på individ- och områdesnivå, är starkt kopplad till sjuklighet och dödlighet, och därmed också till högre sjukvårdsbehov [2]. Kunskap-

pen finns men har inte använts i vårdvalsmodellerna; att inte bygga in denna faktor i ersättningssystemet måste anses vara en allvarlig och grundläggande brist.

Det finns även arbetsmiljöaspekter; att arbeta i ett psykosocialt tungt område är krävande. I Stockholms län har vårdcentraler inom vissa områden tidigare haft dålig bemanning av distriktsläkare; med en förändrad ersättningsmodell finns det stor risk att den försämrade arbetsmiljön leder till ny personalflykt från dessa områden, vilket kan ta lång tid att återställa.

Detta är inget svenskt fenomen; man har i exempelvis Storbritannien och Nederländerna skapat och använt fördelningssystem för att rätta till orättvisor i sjukvårdsmodellerna, vilket gett en mer rimlig arbetsbelastning i tunga områden, med säkrare och mer lättillgänglig vård [3].

I Vårdval Halland har man sett olägenheter med bristen på hänsynstagande till socioekonomiska faktorer, men frågan är om man är beredd att ta konsekvenserna av detta.

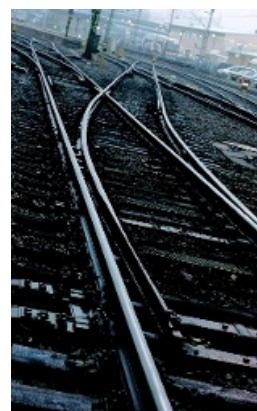
»Helt krasst kan man konstatera att någon bra och enhetlig vårdmodell inte finns.«

I Vårdval Stockholm har man lagt in en högre rörlig ersättning, vilket prioriterar antalet besök över kvaliteten på besöken. Vid den första uppföljningen såg man ett ökat antal besök inom de områden som förlorat ekonomiskt på Vårdval Stockholm och tolkade detta som tecken på ökad tillgänglighet, vilket knappast har förankring i verkligheten. Måste man prestera fler besök för att överleva ekonomiskt ser man till att göra detta, genom att t ex prioritera snabba enkla besök eller dela upp ett längre besök i flera kortare.

Problemet är givetvis att kvaliteten inte prioriteras, vilket speglar en viktig svaghet i Vårdval Stockholm.

Vilka krav ska vi ställa på nya vårdvalsmodeller? Ett definitivt måste är att politiker över blockgränserna skapar ett system på långsiktig bas i en god svensk samförståndsanda; ständiga omorganisationer skapar turbulens med risk för dåligt arbetsklimat [4]. Aktuellt kunskapsunderlag måste vara en bas, och företrädare från såväl professioner som patientorganisationer måste medverka i diskussionen.

Det viktiga arbetet i sjukvården sker i mötet mellan vårdgivare och vårdtagare, och politikers och administratörers uppgift måste vara att underlätta detta möte, inte att styra eller diktera villkoren för det.



Primärvården byter spår.

Att få till stånd en sådan arbetsmodell kan tyckas utopiskt, men i slutändan kostar okunniga och dåligt underbyggda beslut stora pengar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Per Wändell arbetar som distriktsläkare vid Hallunda vårdcentral i ett av Vårdval Stockholm ekonomiskt missgynnade områden och har deltagit med debattinlägg om Vårdval Stockholm i Läkartidningen och tidskriften Distriktsläkaren.*

REFERENSER

- Hallin B, Siverbo S. Jakten på den goda styrningen. En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys; 2002.
- Marmot M. Statusyndromet. Stockholm; Natur och Kultur; 2006.
- Verheij RA, De Bakker DH, Reijneveld SA. GP income in relation to workload in deprived urban areas in The Netherlands. Before and after the 1996 pay review. Eur J Public Health. 2001;11: 264-6.
- Evengård B. Myt att organisationsförändringar har rationell bakgrund. Referat av och tankar kring en avhandling. Läkartidningen. 2002;99: 421-2.

SAMMANFATTAT

Olika vårdvalsmodeller för primärvården finns eller är under utveckling. **Modellerna utgår** från ett behov av förenkling av ersättningsnivåer och bortser från kunskap om faktiska vårdbehov. **En stabil och välfungerande** modell bör konstrueras utifrån analys av de beräknade vårdbehoven och med samarbete mellan politiker, professioner och vårdtagarorganisationer.