

SOU: 37 ohjälpligt fast på socialmedicinens grund

Bengt Järhult

distriktsläkare vid vårdcentralen i Ryd/ FOU-centrum i Växjö

Det är knappast ett socialmedicinskt patos som varit drivkraften i vårdvals-försöken, som strax utifrån SOU 2008:37 [1] upphöjs till Svea rikes lag. Lag-rådsbehandling pågår. Det är ett lustigt förslag – bättre val för vem? För de kroppsligt, psykiskt eller socialt utsatta? För de välbärgade och resursstar-ka? Etableringsfrihet införs med tvång och många landsting måste mot sin vilja införa kundvalsmodellen. Men om denna leder till sämre utbud av sjuk-vård för betydande patientgrupper, till sämre möjlighet att tillgodose de mest behövandes behov och dessutom står i strid med andra centrala värden för vården – kan man då kalla vårdvalsreformen för ”reform”, en förändring till det bättre, detta ur ett samhällsmedicinskt perspektiv?

Sjukhus slås först samman för att sedan splittras och bli egna driftsen-heter, husläkarreformer kommer och går – vad är det som består? Är det omöjligt att evidensbasera sjukvårds-organisationens utveckling? Kommer vårdvalsidéen att överleva verklighetens prövning när tron på marknadens väl-signelsebringande och självreglerande krafter - också i vården – kanske have-rerar i bankrisens och den kommande världsdepressionens spår?

SOU 2008:37

Man kan se Toivo Heinsoos utredning som en sista yttring i en tidsbunden ideologisk cyklon med mycket djupare motiv än de bländande slogans om valfrihet som hålls fram i den offentliga retoriken. Kundval ger basen för en omfattande strukturförändring av välfärdssystemen, öppnar för en full

marknadsanpassning av vården och tillika på sikt försäkringslösningar utanför en offentlig finansiering. Det är därför utredningens författare inte skäms för sin intellektuella lättja, inte deltar i debatten om vårdvalsreformens sakunderlag [2], utan bekvämt lutar sig bakåt i visshet om att beställningsarbetet hur som helst rasslar ige-nom den politiska processen.

Inte någonstans i SOU 2008:37 re-dovisas grunden för att valfrihet och tillgänglighet i vården upphöjs till al-lena saliggörande principer. Valfrihet är förvisso viktig men måste ställas mot andra centrala värden i lagstift-ningen. För att nämna några - HSL:s krav på jämlikhet, vård på lika villkor och riksdagsbeslut om prioriteringar i vården. De svårast sjuka, de med de största behoven och de åtgärder som

har bäst dokumenterad effekt, ska ju ha företräde när resurserna är begränsade, detta utifrån en etisk rangordning.

Vilka konflikter uppkommer när dessa värden ställs mot varandra? Vad händer när valfrihet blir det centrala och kundmakten tilldelas dem som redan har ekonomiskt och mentalt goda förutsättningar? Inte ett ord, inte ett försök till ett balanserat resonemang i SOU: 2008:37. Utredningen ställer sig inte ens frågan om det är och blir något problem när de starka, välinformerade kunderna tar till vara sina intressen på bekostnad av de svaga, de med t ex minnesproblem eller multisjuklighet. Vem blir vinnare när vårdens mål förskjutits från det medicinska till det lönsamma? Frågan är tabu i SOU 2008: 37.

Valfrihet då? Vilket underlag finns för att detta begrepp ska styra vårdens struktur? Det enda man redovisar är ett utdrag från Vårdbarometern 2006. ”Valfrihet, att kunna välja läkare” är den faktor som människor minst saknar, under 5 procent. 12 andra faktorer anger tillfrågade vara viktigare. Andra väl underbyggda skäl för att upphöja valfrihet till vårdens viktigaste fråga lyser med sin frånvaro. Ingen slutsats dras av Vårdbarometerns svaga stöd för att valfrihet ”är det bästa ting”, än mindre för utredningen ett resonemang om hur valfrihetsönskan ska tolkas. Sjukvården har miljontals besök. Vad utgör rimligt och legitimt missnöje? Vad är protester mot dåligt bemötande, felaktig behandling och vad är reaktioner på att bot inte alltid

finns?

Valfrihet i vårdvalssystem riskerar att leda till ökad sjukvårdskonsumtion, rundgång till olika vårdinrättningar. Akutbesök kommer ske på basen av efterfrågan, särskilt i områden med stort utbud och hård konkurrens mellan etableringar och vårdbolag. Själva ersättningen till vårdinrättningen stimulerar till ”shopping”. Vårdenheterna, lite beroende på hur besöksersättningen utformats i olika landsting, vill gärna ha både listade och icke-listade på snabba besök, som egentligen inte behövs ur medicinsk synpunkt, men som genererar intäkter. Mycket av det som traditionellt i primärvården skötts med telefonrådgivning och distriktssköterskebesök (Leon-principen) överges nu i jakten på snabba pengar. Även de som tycker det är bra att patienten alltid ska ha rätt, att för vad som helst träffa en läkare omedelbart, måste inse att kostnaderna för denna lättvård måste vägas mot konsekvenserna för andra sjuka, detta i ett offentligt finansierat system med en begränsad pengapott. Inte ett ord om saken i utredningen.

Tillgänglighet och Socialmedicinska konsekvenser

Tillgänglighet då? SOU 2008:37 och vårdvalsentusiaster har ingen analys av begreppet tillgänglighet [3]. Vän-tetiden, den tidsmässiga tillgängligheten vid besök, är bara en dimension. Det offentliga samtalet i Sverige, om fattigdomens betydelse för tillgänglighet i vården, har nästan upphört. När Centrum för Folkhälsa visar, att

35 procent av alla som erhåller ekonomiskt bistånd avstått från såväl sjukvård som att hämta ut läkemedel som de behövt [4], väcks ingen indignation eller reaktion hos dem som annars älskar att prata om tillgänglighet. Inte ens de papperslösas extrema utsatthet vid sjukdom har fått regeringen att substantiellt ändra reglerna.

Om kort väntetid alltid favoriseras, vilka blir möjligheterna att sätta upp återbesök för alla dem, särskilt gamla, med kroniska sjukdomar? Vilka kvalitetsförluster innebär det för diabetiker, kroniska hjärtsviktspatienter etc att återbesök och uppföljningskontroller riskerar att glesas ut? Socialt underprivilegierade med de största behoven riskerar med vårdval att få en försvagad position. Det har blivit Stockholms melodi och kritiseras i en snabbutvärdering [5]. Hals över huvud utlovar politikerna nu förändringar i systemet [6], men dessa är knappast mer välgenomtänkta än grundstrukturen i Vårdval Stockholm, som akut skulle sjösättas när maktpositionerna intagits efter 2006 års val.

En modig distriktsläkare i Halland berättar om "Vårdcentraler som vill följa etiken hotas av nedläggning" [7], att patienter med de största behoven motas ut. Fri etablering drar läkare och resurser till centralorter. Sveriges vidsträckta land riskerar att mista sina vårdcentraler i glesbygd med sämre läkartillgång i bl. a äldrevården. Således minskad tillgänglighet, den geografiska dimensionen i tillgänglighetsbegreppet.

Redan idag tillåts diktaturer att vara ägare av svensk skattefinansierad sjukvård (Carema). Utländska riskkapitalister har gått in på den svenska vårdmarknaden och sjukvården är, om utvecklingen fortsätter, snart börspekulanterens rov. Pondera att privatiseringsivrare hade kommit längre än de har och att svensk sjukvård till stor del redan låg på börsen. Vilka konsekvenser för den praktiska sjukvården, för personaltäthet och preventiva insatser skulle de svarta börsveckorna och senare tids dramatiskt fallande kurser fått?

Är det klokt att bygga ett välfärdssystem, där skyddet för de svaga är centralt, på lösan sand? Svaret på den frågan är naturligtvis beroende av vars och ens politiska uppfattning men det är rimligt att en offentlig utredning ändå skissar ett framtidsscenario och värderar riskerna. Låt säga att vårdvalsreformen "lyckas" i den meningen att primärvården görs till en marknad, privatiseringen blir omfattande och börsbolag eller riskkapitalister utomlands i hög utsträckning blir ansvariga för svensk bassjukvård. Makthavarna finns då i slutna styrelserum, på ett helt annat sätt oåtkomliga än i traditionell öppen, svensk demokratisk kommunal verksamhet. Vad händer vid kraftigt fallande aktievinster? Vilken beredskap finns för konkurser i bolag eller vid rationaliseringar i samband med uppköp av vårkedjor? Är vårdbolag med anonyma ägare och riskkapitalister mer solida än banker? SOU 2008:37 har inte behandlat frågan om vad samhällets yttersta ansvar för bassjukvården

innebär.

Auktorisation och kontroll

Kontrollen då? Vårdvalssystem låter ju landstingen utfärda auktorisation och bygger upp en byråkrati för omfattande, uppföljande tillsyn med belöningsystem respektive straff och ekonomiska sanktioner till dem som inte uppfyller olika mål. Det är märkligt att Läkarförbundet, Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för Allmänmedicin, som i huvudsak tillstyrkt vårdvalssystem, inte funderat på vad den mycket omfattande kontrollen betyder för läkarrollen [8]. Många distriktsläkare i min generation har sett friheten i yrket som det centrala, att engagemang och utvecklingsarbete ska drivas utifrån lokala förutsättningar, utifrån uppslag och frågeställningar i vardagen. Här är källan till yrkes stolthet och glädje i förbättringsarbetet. Med vårdvalssystem förskjuts makten över vardagen till en tjänstemannaklass, som givits mandat att i detalj styra allmänläkaren. Förgrundsgestalter internationellt varnar för orealistiska krav [9].

Denna aspekt på frihet, skild från etableringsfrihet, behandlas inte heller i SOU 2008: 37. En sak är att läkare låter sig styras, en annan sak vilken grund denna styrning bygger på. Är den rationell eller irrationell? I utredningen finns inte tillstymmelse till en värdering av förmågan att granska och kvalitetsbedöma medicinsk verksamhet. Än mindre redovisar man den omfattande kunskap som finns från Sverige och andra länder över hur läkare och vårdbolag kan mani-

pulera ersättningssystem och sabotera kostnadskontroll. Inte heller antyds att professionellt ansvar ofta väger lätt när socialmedicinska och andra icke lönsamma patienter ska tas om hand. Således, man ventilerar inte motsatsparet cynism - medicinsk etik, redovisar inte att den medicinska etiken i hög grad kommer till korta i vinstbaserade ersättningssystem.

Det finns en naiv tro i Sverige på att öppna jämförelser, enkäter och sk kvalitetsregister ska borga för bra kundval, bra faktabaser för uppföljning med rättelser och anmaningar från övervakande landstingstjänstemän. SOU 2008:37 antyder inte problemen, att t ex

- Evidensbaserade sammanställningar om kundval utifrån resultat vid olika vårdinrättningar inte kunnat visa att vården blir bättre [10].
- Även de största entusiaster för vårdval medger att validiteten i enkäter som bedömer bemötande och service är under all kritik [11].
- Dagens ofullkomliga kvalitetsregister på nationell, landstings- och lokal nivå knappast speglar vårdkvaliteten, inte i länssjukvården och än mindre i primärvården [12].

Det finns stora förhoppningar att i framtiden kompensera vårdvalets orättvisa ersättningar, drabbande bl a socialmedicinska fall, invandrargrupper och multisjuka äldre. Men dessa system ligger på forskningsnivå, är inte prövade till sina konsekvenser i praktisk sjukvård och är vad man vet idag fyllda av problem, t ex

- DRG och ACG, diagnosbaserade

instrument för ekonomisk ersättning, påverkar läkares diagnosättning. De diagnoser som ”ger klirr i kassan” sätts i ökande omfattning. Svenska läkare medger att öppna jämförelser eller monetär sulagering skulle påverka dem vid inmatningen av uppgifter [12].

- ”Payment for performance” (P4P), ersättning utifrån ”kvalitetsmål”, förbereds i flera svenska vårdvalssystem. Erfarenheterna från engelsk primärvård visar att allmänläkarna snabbt anpassar sig till förväntningarna, vilket lett till stora kostnadsökningar [13,14,15]. Viktiga områden, som inte premierats, kan negligeras eller lågprioriteras. De negativa effekterna av P4P underskattas då och systemet bedöms ha otillräcklig evidens [16,17]. Det finns också en risk att läkares motivation, baserat på annat än finansiella värden, undergrävs [14].

Evidensbasering

Det norska fastlegesystemet förbereddes och prövades i ett decennium innan det blev ett nationellt system. Ändå har man hamnat snett och förgrundsgestalter inom allmänmedicin/socialmedicin går ut i allarmerande ordalag om läget [18]. I Sverige har man inte ens inväntat de första utvärderingarna innan vårdvalsförsök upphöjs till lag. I Halland har t ex den första delutvärderingen inte redovisat socialmedicinska konsekvenser, inte flödena kopplade till länssjukvården, inte ens inkluderat de privata aktörerna i länet [19]. Hallänningen och tidigare Fami-chefen Gösta Eliasson, som i sig inte är negativ till vårdval, bedömer att Hallandsmodellen skulle behöva 5

år på nacken innan säkra slutsatser för resten av riket kan dras [20] och forskare varnar för prematura beslut [21].

Svensk primärvårdsorganisation utvecklas inte utifrån evidensbasering. Den sammanställning av det socialmedicinska kunskapsläget, som borde funnits från början och självklart i SOU 2008:37, presenteras först nu [22] när lagen är så gott som tagen. Men inte från förespråkarna av vårdval utan från en akademisk företrädare. Bakvänd ordning således! Kanske Läkartidningens webb-fråga [23] säger något om det politiska omdömet? Enkäten är trots sina metodologiska brister en indikator på att något är fel. Cirka 150 svarade på frågan ”Går det för fort?”, om vårdvalets evidens och effekt på ”vård på lika villkor”. 26 procent ansåg att det var lagom takt, 27 att det går för fort. 38 procent ansåg att vårdval inte alls borde införas. 9 procent hade ingen uppfattning.

Referenser

1. Vårdval i Sverige. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt, Stockholm 2008. SOU 2008:37. www.socialdepartementet.se.
2. Järhult B. Fri etablering med stort läkarutbud får oacceptabla medicinska följder. 2008-08-13. www.dagensmedicin.se.
3. Järhult B. Ökad tillgänglighet – för vem? Läkartidningen. 2007;104: 3561-2.
4. Burström B, Schultz, Burström K, Fritzell S, Irestig R et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Centrum för folkhälsa 2007. Rapport 2007:5.
5. Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar 2008-06-26. Rapport Ernst&Young 2008.

6. Reinfeldt F, Rydberg B, Andersson G, Lindvall P, Lundquist J. Vårdval Stockholm har missgynnats av invandrarna. DN Debatt 2008-09-02. www.dn.se.
7. Grafström J. Första utvärderingen av Vårdval Halland: Vårdcentraler som vill följa etiken hotas av nedläggning. Läkartidningen. 2008;105:1502-3.
8. Järhult B. Goodbye helhetssynen, när riskkapitalister äger läkarna. Läkartidningen. 2008;105:225-6.
9. Heath I. An open letter to the prime minister. BMJ. 2008;336:360.
10. Fung C H, Lim Y W, Mattke S, Damberg C, Shekelle P G. Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care. Ann Int Med. 2008; 148:111-23.
11. Sjönell G, Stolt M. Vårdval behöver inte ske i blindo – men idag avgör slumpen. 2008-09-10. www.dagensmedicin.se.
12. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? Läkartidningen 2008;105: x-y (nr 45).
13. National Quality and Outcomes Framework. <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework/the-quality-and-outcomes-framework-2007-08>.
14. Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements. A review of the evidence. London: The Health Foundation, 2007.
15. http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/qof0405/QOF0405_Statistical_Bulletin.pdf.
16. Mannion R et al. Payment for performance in health care. BMJ. 2008; 336:306-8.
17. Ramel B. Regeringen och Lif finansierar svenska P4P-försök. Läkartidningen. 2008; 104:2407-8.
18. Hanskår S. Den norske legeforening. Fastlegereformen har gått fel. Aftenposten 2007-12-29.
19. Landstinget Halland. Vårdvalsnytt nr 5, 23 april 2008. www.lthalland.se/upload/51864/V%C3%a5rdvalsnytt_080423.pdf.
20. Eliasson G. Lugn, vi allmänläkare har tillräcklig kunskap. 2007-11-27. www.dagensmedicin.se.
21. Forskare varnar för hets med Hallandsmodellen. Dagens Medicin 2007 april 18.
22. Burström B. Vårdval – evidens och effekter för ”vård på lika villkor”? Läkartidningen. 2008;105:2992-4.
23. Webb-enkät vårdval. 2008-10-26. www.lakartidningen.se.