

Vårdval Stockholm *-kritiken växer*

Sammanfattningar av en hearing på
ABF-huset i Stockholm 14 november 2009



Kontaktpersoner för
Gemensam välfärd, Stockholm, vårdnätverket:
Åsa Andersson, Asa.Andersson@swenurse.se
Christer Hogstedt, Christer.Hogstedt@fhi.se
Peter Lorentzon, petlor@telia.com
Maria Sundvall, maria.sundvall@bredband.net
www.gemensamvalfard.se

Stark kritik mot Vårdval Stockholm vid hearing

Gemensam Valfärd anordnade 14 november 2009 en hearing i ABF-huset i Stockholm med rubriken *Strider Vårdval Stockholm mot hälso- och sjukvårdslagen?* i samarbete med Vårdförbundet Avdelning Stockholm, Svenska Barnmorskeförbundet, Distriktsköterskeföreningen i Sverige, Svensk sjuksköterskeförening och ABF Stockholm.

Bland talarna fanns landstingsrådet Stig Nyman som försvarade systemet, och en rad kritiker i form av representanter för fackliga organisationer och för vårdyrken. Kritiken var synnerligen omfattande och många exempel gavs på försämringar ur kvalitets- och jämlikhetssynpunkt. Nedan presenteras först en sammanfattning av hearingen och därefter sammanfattningar av de olika inledningarna. Några av dessa finns i sin helhet på www.gemensamvalfard.se tillsammans med powerpoint-bilder från flera av föredragen.

Innehåll

Sammanfattning av hearingen	2
Inledning: Christer Hogstedt	3
Stig Nyman: Vårdval Stockholm	4
Göran Dahlgren: Politik för en vård på olika villkor	5
Gunnar Ågren: Vårdval Stockholm och den ojämlika hälsan	6
Jan Halldin: Vårdval Stockholm - en kritisk analys med utgångspunkt från tre utvärderingar	7
Lars Grönwall: Kan landstingens ansvar skärpas i lagen?	9
Konsekvenser av Vårdval Stockholm	11
Ulla Althin, ordförande i Vårdförbundet avdelning Stockholm	11
Elisabeth Hammarstedt, ordförande i Kommunal Stockholms län	12
Thomas Flodin, ordförande i Läkarförbundet Stockholm	13
Vårdval Stockholm i praktiken	14
Kristina Blommé, vice ordförande Distriktsköterskeföreningen i Sverige	14
Referat av tre ytterligare inlägg: Chatarina Zätterström, Gunnar Berglund och Martti Keinänen	15
Fler exempel på hur vårdvalet slagit – röster från diskussionen	16

Sammanfattning av hearingen

Kritiken som framfördes av Vårdval Stockholm handlade sammanfattningsvis om att systemet

- premierar läkarbesök och behandling av patienter med lågt prioriterade behov, som tar kort tid att utreda, på bekostnad av patienter med stora behov och därför lång utrednings- och behandlingstid;
- ökar ojämlikheten i länet i tillgång till hälso- och sjukvård genom att etableringsfriheten inte tar hänsyn till de olika socioekonomiska förhållandena som råder i länet, vilket drabbar patienter i låginkomstområden;
- stimulerar till vård på fel nivå genom det ekonomiska ersättningssystemet, exempelvis att läkare utför insatser som sjuksköterskor har kompetens för och att sjuksköterskor utför undersköterskors uppgifter;
- stimulerar inte till förebyggande arbete;
- är kostnadsdrivande;
- är bristfälligt utvärderat ur jämlikhetsaspekter;
- genom privatiseringen innebär ett hot mot sjukvårdens demokratiska styrning;

Erfarenheterna i Stockholm, liksom internationella erfarenheter, talar emot att kommersiella vårdsystem kan tillgodose Hälso- och Sjukvårdslagens målformulering (§ 2) om ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”.

Hearingens fråga – *Strider Vårdval Stockholm mot hälso- och sjukvårdslagen?* – besvarades med ett ”ja” av kritikerna: Vårdval Stockholm strider mot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvårdslagen bör skärpas så att ökad jämlikhet blir en skyldighet för landstingen

Under hearingen framfördes också att en god primärvård skall:

- ge en god vård till alla på lika villkor och ge företräde till dem med de största behoven
- minska ojämlikheten i tillgång till hälso- och sjukvård och göras tillgänglig med hänsyn till de olika socioekonomiska förhållandena i länet
- vara lättillgänglig och effektiv
- ge vård på rätt kompetensnivå och vara av hög kvalitet
- arbeta förebyggande och hälsofrämjande
- kontinuerligt utvärderas med vetenskapliga metoder.

Som en fortsättning på hearingen planeras en offentlig utfrågning av partierna om jämlikhet i hälso- och sjukvårdspolitiken i Stockholms läns landsting inför valet 2010.

Inledning: Christer Hogstedt

Christer Hogstedt, som var moderator för hearingen, inledde med att citera *Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008* (Rehnberg m fl 2009) och fortsatte med att förklara bakgrunden till att denna hearing organiserats.

”Införandet av vårdval är idag en av de mest centrala reformerna inom svensk hälso- och sjukvård. Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008 för stora delar av primärvården med målsättningar att förbättra tillgängligheten och öka patienternas valmöjligheter kombinerat med en större mångfald och reglerad konkurrens på utbudssidan. Med införandet av Vårdval Stockholm underlättades möjligheterna för invånare att välja vårdgivare, ersättningssystemet för vårdgivarna förändrades och fri etablering gavs för vårdgivare som uppfyllde auktorisationskriterierna. Flera andra landsting har infört liknande modeller och från statsmaktens sida har en proposition (”Vårdval i primärvården”) antagits om ett obligatoriskt införande av vårdvalsmodeller i hela landet.”

Grunden i ersättningssystemet skall vara att pengarna följer patientens val och att privata och offentliga vårdgivare ska behandlas lika. Hälso- och sjukvårdslagens, HSL, bestämmelse om att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin har tagits bort. Det finns olika former idag av vårdvalssystem, som bl.a. skiljer sig i ersättningsprinciper. Dessa baseras dels på s.k. ”kapitering”, dvs en grundersättning för att en medborgare är listad på mottagningen, och dels ersättning för varje besök med olika ersättning för besök hos olika personalkategorier.

Det har funnits en omfattande kritik som rapporterats i massmedia om negativa effekter av Vårdval Stockholm – men också positiva rapporter om nöjda medborgare. Från flera fackliga organisationer har hörts kritik mot prioritering av läkarbesök på bekostnad av besök hos andra personalkategorier och mot personalneddragningar för att minska kostnaderna med ökad arbetsstress som resultat.

Det förefaller som att en stor del av missnöjet och varningar för systemets effekter har handlat om två olika prioriteringsprinciper som kan komma i konflikt med varandra, nämligen å ena sidan HSLs portalparagraf om rätten till god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen och att de med störst behov ska ha företräde till vården och å andra sidan fri etableringsrätt för privata vårdgivare som får offentlig ersättning utan hänsyn till vårdbehovet. Detta kan också formuleras som att Vårdval Stockholm premierar vårdefterfrågan framför vårdbehovet, vilket kan hota arbetet för ökad jämlikhet i hälsa. Ingen har motsatt sig att medborgarna får välja vilken vårdcentral de vill tillhöra.

Mot denna bakgrund har denna hearing organiserats för att få en del av frågeställningarna belysta och att höra erfarenheter från fackliga organisationer i Stockholm och från olika personalkategorier. Det är således inte fråga om någon utvärdering av Vårdval Stockholm utan mera att peka på problem som bör utredas och åtgärdas.

Landstingsrådet Stig Nyman inledde och sedan följde tre föredrag om olika aspekter på vårdvalssystem. Därefter behandlades frågan om vårdvalssystemet i Stockholm är förenligt med HSLs portalparagraf ur juridisk synpunkt. Sedan kom en rad kortare inlägg från fackliga representanter och olika personalkategorier samt en sammanfattning (se ovan). Mellan inläggen fanns tid för diskussioner men dessa har inte refererats. De sammanfattningar som presenteras nedan är godkända av föredragshållarna.

Stig Nyman: Vårdval Stockholm

Stig Nyman representerar Kristdemokraterna och den borgerliga ledningen i landstinget. Stig Nyman är biträdande finanslandstingsråd i SLL med ansvar för bl a forskning och utveckling, samhällsmedicin, patientsäkerhet och beredningen av Nya Karolinska. Stig Nyman har tidigare varit sjukvårdslandstingsråd 1999-2002 och ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Syftet med Vårdval Stockholm var att förbättra tillgängligheten och kvaliteten samt att öka allmänhetens förtroende för primärvården. Ersättningen baseras dels på antalet listade patienter, där ålder viktas, ger extra kompensation för tolkbesök mm och skall vara målrelaterad så att mottagningen får mer resurser när sjukligare patienter gör många besök.

De friare etableringsmöjligheterna förväntas medföra att vårdgivare etablerar sig där patientunderlaget är störst och konkurrensneutralitet skall råda mellan olika vårdgivare. Idén är att "populära mottagningar växer och mindre populära mottagningar krymper".

Erfarenheter efter ett år med Vårdval visar:

- 12 % fler läkarbesök på husläkarmottagningarna (311 000 fler besök)
- Antalet listningsbara läkare på vårdcentraler har ökat från 989 till 1033 i alla delar av länet mellan 2007 och 2008.
- Ingen skillnad i diagnoser.
- 23 fler vårdcentraler.
- 8 fler mödravårdscentraler.
- 6 fler barnvårdscentraler.
- 31 fler fotsjukvårdare.
- 18 fler logopedmottagningar.
- Förtroendet för vårdcentralen har ökat från 52 % 2005 till 60 % 2008 enligt Vårdbarometern.
- 9 av 10 patienter tycker att vården som de fått på vårdcentralen har varit bra, mycket bra eller utmärkt (SLLs Patientenkäter).
- Antalet anmälningar till Patientnämnden har minskat och klagomålen på tillgänglighet har minskat med 34 % på ett år.

Göran Dahlgren: Politik för en vård på olika villkor

Göran Dahlgren är idag visiting professor i folkhälsa vid University of Liverpool och har tidigare varit departementsråd på Socialdepartementet, folkhälsodirektör på Sida och därefter på Folkhälsoinstitutet samt arbetat som rådgivare i många år till först Kenyas och sedan Vietnams regeringar i folkhälsofrågor. GD publicerade redan 1994 en kritisk bok om sjukvårdens marknader. Han framförde i sammanfattning:

Den nuvarande borgerliga sjukvårdspolitiken ökar de redan allvarliga klasskillnaderna i inom svensk sjukvård. Det sker bl.a. genom att:

- Förbjuda landstingspolitiker att lokalisera offentligt finansierade kommersiellt drivna vårdcentraler där de bäst behövs. De skall istället lokaliseras där vårdföretagen kan få högst vinst vilket vanligen är i områden med många höginkomsttagare.
- Öppna "gräddfiler" in i offentligt finansierade sjukhus för dem som har råd betala ett marknadspris kontant eller via privata sjukvårdsförsäkringar.
- Ta bort de extra resurser som i Stockholms län tidigare utgått till socialt utsatta områden där befolkningen har mycket stora vårdbehov.
- Tvinga offentliga vårdgivare att driva verksamheten som ett kommersiellt vårdföretag, där krav på lönsamhet överordnas vård efter behov.
- Införa ersättningssystem som tvingar vårdgivarna att prioritera lätta, snabbt avklarade fall före tidskrävande patienter med stora vårdbehov.
- Driva en privatisering av den offentligt finansierade vården som erfarenhetsmässigt ökar kostnaderna för skattebetalarna.

Denna politik står i direkt strid med Hälso- och sjukvårdslagens krav på en "god vård på lika villkor för hela befolkningen." Trots detta finns inte någon möjlighet till legal påföljd. Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf är inte bindande. Ansvariga politiker kan samtidigt hylla och bryta mot sjukvårdslagen och dess etiska principer under mottot: "Moral är bra men dubbelmoral är bättre".

Det krävs därför en skärpt hälso- och sjukvårdslag där medborgarnas behov av god vård på lika villkor överordnas kommersiella vårdföretags och privilegierade grupperns särintressen.

Offentligt driven vård är lika eller mer produktiv och effektiv än privat driven vård enligt en sk metastudie baserad på 317 granskade forskningsrapporter. (Hollingworth, "The measurement of efficiency and productivity of health care delivery" i *Health Economics* 17;1107-28, 2008)

Gunnar Ågren: Vårdval Stockholm och den ojämlika hälsan

Gunnar Ågren är socialläkare och var under åren 2000-2008 generaldirektör för Statens folkhälsoinstitut. Dessförinnan var Gunnar Ågren gruppledare för Vänsterpartiet i SLL och folkhälsolandstingsråd i SLL 1994-98.

Utgångspunkter

- Hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet
- Sjukvårdens uppgift är att bidra till bästa möjliga hälsa
- Hälsan är ojämnt fördelad
- Sjukvården har en skyldighet att prioritera de med störst behov och jobba förebyggande
- Sjukvården kan inte upphäva ojämlikheten i hälsa men måste bidra till att kompensera den

Stockholms län är Sveriges mest ojämlika region, det skiljer tre gånger i medelinkomst mellan de rikaste och fattigaste områdena.

”Stockholms läns största folkhälsoproblem är de ojämlika levnadsförhållandena, som leder till hälsoklyftor. Om alla hade samma hälsa som de bäst ställda skulle nästan 1000 dödsfall före 70 års ålder undvikas.”

Ohälsotalen är högst i områden med lägsta medelinkomsten. Även den självrapporterade ohälsan visar stora skillnader. Det är fyra gånger vanligare med dålig hälsa i Rinkeby jämfört med Danderyd och det är fyra gånger vanligare med självmordstankar i Kista jämfört med Ekerö. De flesta ohälsaindikatorer är vanligare i de fattigare områdena, liksom vårdbehoven.

Vårdval Stockholm gynnar snabba läkarbesök och lindrigt sjuka personer men missgynnar komplicerade sjukdomsbilder, förebyggande arbete och andra personalkategorier än läkare. Det finns ett signifikant samband mellan antalet mottagningar och medelinkomsten i områdena. Formell rättvisa leder till reell orättvisa. Någon utvärdering som omfattar medicinsk kvalitet har inte gjorts.

Vad kan man göra för att minska de negativa effekterna?

- Ändra ersättningsystemet – huvuddelen skall vara fast ersättning med socioekonomisk viktning
- Lika ersättning för besök hos olika personalgrupper
- Rejäl ersättning till hälsofrämjande och förebyggande arbete
- Områdesansvar skall införas och tydliggöras
- Särskilt stöd till marginaliserade grupper – socialläkarfunktion
- Stöd till utvecklingsarbete och stärkt forskning inom primärvården.

Jan Halldin: Vårdval Stockolm - en kritisk analys med utgångspunkt från tre utvärderingar

Jan Halldin har arbetat som psykiater och socialläkare och är nu som pensionär knuten till Socialmedicin på KI med särskild inriktning på utvecklingsarbete för hemlösa.

Jag kommer att ta upp tre utvärderingar/rapporter:

- "Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008" av Claes Rehnberg, Nils Janlöv och Jahangir Kahn, Karolinska institutets folkhälsoakademi 2009:6 ,
- "Ett år med Vårdval Stockholm" av Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting (2009-02-25) samt
- "Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar" av Ernst & Young (2008-06-26).

Analysen från *Karolinska institutet* omfattar de 147 enheter som varit verksamma under hela perioden 2006-2008. Fördelningen idag är 57 procent med privat drift, mot 43 procent i offentlig drift. Det som i det här sammanhanget är av speciellt intresse är *de utsatta grupperna* och om deras situation rörande hälsa, vård och behandling förändras i Vårdval Stockholm.

Av rapporten framgår att områden med lägre medelinkomst ökat sin relativa andel av vårdutnyttjandet under 2008 och att resursfördelningen förändrats i motsatt riktning, d v s resurser har omfördelats från områden med låg medelinkomst till områden med hög medelinkomst. Slutsatsen blir att områden med lägre medelinkomst och en tidigare högre kapitationstilldelning som baserades på ett högt socioekonomiskt index, nu delvis kompenserat detta ekonomiska bortfall genom att öka antalet vårdprestationer.

"Det stora problemet med utvärderingarna hittills är att man inte hittat några kvalitetsmått och att man endast mäter produktivitet i form av antalet besök."

Socialdemokraternas i Stockholms läns landsting rapport Ett år med Vårdval Stockholm bygger på undersökningar av enbart landstingsdrivna vårdcentraler. En tredjedel av det totala antalet vårdcentraler i Stockholms län har undersökts. Trots att det endast är landstingsdrivna vårdcentraler så anses det vara ett gott urval då det innehåller vårdcentraler med patientgrupper som ser helt olika ut. Vårdcentralerna har delats in i tre olika grupper utifrån socioekonomiskt index.

Vårdcentraler med ett högt socioekonomiskt index har förlorat i genomsnitt 3,9 miljoner kronor år 2008, motsvarande knappt fem anställda per vårdcentral. Verksamheter i områden med lågt socioekonomiskt index har förlorat i genomsnitt 1,9 miljoner kronor år 2008.

Ser man på en tabell med antalet läkarbesök dividerat med antalet besök hos distriktssköterskor, sjuksköterskor och undersköterskor gick det 2007 i genomsnitt 2,4 läkarbesök per besök hos distriktssköterska/sjuksköterska/undersköterska. 2008 hade det förändrats till i genomsnitt 2,7 läkarbesök. I utsatta områden har antalet besök hos distriktssköterska, sjuksköterska eller undersköterska minskat med 9,3% medan antalet läkarbesök ökat med 12,6%.

Det framkommer också att arbetsbelastningen hade ökat mest i utsatta områden. Läkare och sjuksköterskor på vårdcentraler med socioekonomiskt index över 150 hade fått 27,1% högre arbetsbelastning medan vårdcentraler med index under 90 fått ta emot "endast" 10,4% fler besök.

Undersökningen visar att telefonkontakterna har minskat för läkare för med 7,9 % och för övrig personal med 16,7 %. Att telefonkontakterna minskat beror på att Vårdval Stockholm endast ger ersättning för telefonkontakter som leder till receptföreskrivning.

Rinkeby vårdcentral med ett socioekonomiskt index på 299 år 2007 har cirka 11 900 listade patienter både 2007 och 2008. Intäkterna till vårdcentralen minskade med 31,8% eller med drygt 11 miljoner kronor 2008. Personalen har nästan halverats från 36 anställda 2007 till 19 anställda 2008.

Konsultfirman Ernst & Young har gjort en jämförande studie mellan fem husläkarmottagningar i områden med högt socioekonomiskt index och fem i områden med lågt socioekonomiskt index (26/6 2008). I låginkomstområdenas fem mottagningar är både antalet listade patienter och besök hos läkare högre än på de andra fem mottagningarna. De fem låginkomstmottagningarna har dessutom en mycket hög arbetsbörda på bekostnad av utbildning och kunskapsöverföring mellan anställda, vilket på sikt kan riskera den medicinska kvaliteten enligt rapporten.

Av de utvärderingar som gjorts 2008 av Vårdval Stockholm framkommer sammanfattningsvis följande:

- Patienterna tycks enligt KI-rapporten i 70-90 % vara nöjda med tillgänglighet på telefon och väntetider till besök.
- Utsatta grupper med sammansatta vårdbehov och kroniskt sjuka riskerar att ännu mer än tidigare inte få sina vårdbehov tillfredställda genom att utsatta områden måste prioritera lätta okomplicerade besök som tidigare kunde skötas på telefon
- Läkare i utsatta områden tar idag besök som tidigare togs av sjuksköterskor
- Patienter med sammansatta vårdbehov kan få komma på fler besök idag än tidigare vilket riskerar att vårdgivarna "tappar" patienterna speciellt i utsatta områden
- Den höga arbetsbördan i utsatta områden riskerar den medicinska kvaliteten

Vad skall vi göra idag?

- Eventuella vinster i vården bör återinvesteras i vården.
- Vårdbehov (inte vårdefterfrågan) och effektivitet (inte produktivitet) bör styra
- Utsatta områden och utsatta grupper måste få mer pengar
- Eventuellt bör socialläkarteream inrättas för att bevaka utsatta gruppers situation
- Människovärdet och patientperspektivet måste sättas främst i vården

Lars Grönwall: Kan landstingens ansvar skärpas i lagen?

Lars Grönwall är jurist på Socialstyrelsen och ofta anlita utredare på Socialdepartementet, där han tidigare varit anställd, samt är författare till ett flertal böcker om social och medicinsk lagstiftning.

Huvudbestämmelserna om sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Den kom till 1982 efter förslag av Hälso- och sjukvårdsutredningen 1979. Under de 30 år som gått sedan utredningsförslaget till hälso- och sjukvårdslag presenterades har HSL ändrats åtskilliga gånger. Flera paragrafer har tagits bort och en rad paragrafer har fått tilläggsbestämmelser. Samtidigt har vi fått många olika andra författningar som också berör hälso- och sjukvården. Detta har gjort att 1982 års hälso- och sjukvårdslag är i stort behov av en fullständig översyn.

”HSL kallas däremot pliktlag. Den ger inte den enskilda människan några rättigheter att få viss vård utan innebär i stället för landstingen en allmän skyldighet att ge hälso- och sjukvård.”

Men i avvaktan på en sådan fullständig översyn – som i sig kan ta lång tid – får fortsatta lagändringar anpassas efter den form som HSL en gång har getts. Socialtjänstlagen kallas ibland rättighetslag, eftersom där finns bestämmelser t.ex. om socialbidrag som var och en har rätt till när det behövs.

HSL har nu den här uppbyggnaden. Efter en inledande bestämmelse som preciserar vad som avses med hälso- och sjukvård kommer en portalparagraf, 2§, som anger målen för hälso- och sjukvården. Dessa är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Portalparagrafen säger också att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Men målen är just något man ska sträva efter och de innebär inga krav på organisatoriska eller andra förändringar. I en rad tilläggsparagrafer anges däremot ett antal krav på hälso- och sjukvården – att den ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för pati-

entens integritet och självbestämmande m.m. Flertalet tilläggsbestämmelse handlar om förhållandet till den enskilda patienten.

Landstingens ansvar anges så i följande paragrafer. I 3§ sägs att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Däremot har som sagt den enskilde inte getts någon *rätt* att få vård av landstinget. Och någon besvärsrätt som liknar den i socialtjänstlagen finns inte.

Från landstingens ansvar görs vissa undantag när det gäller hälso- och sjukvård som ska ges av kommunerna inom äldreomsorgen. Landstinget kan också sluta avtal med en annan vårdgivare om att utföra landstingets uppgifter. Detta har också gjorts i stor utsträckning i synnerhet när det gäller primärvården. Men det betyder inte att landstingen kan befria sig från lagens skyldigheter genom att uppdra åt någon annan, t.ex. en privat vårdgivare, att utföra landstingets uppgifter. Landstingets ansvar är detsamma och landstinget får i sitt avtal med den privata vårdgivaren se till att förpliktelserna uppfylls av den som tagit över vissa uppgifter från landstinget.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt lagen får ansvar utkrävas på politisk väg. Några straffbestämmelser eller vitesbestämmelser finns inte när det gäller försumliga landsting. Jag kan nämna att en kommun som inte uppfyller sina förpliktelser enligt domstolsbeslut, t.ex. att bereda en vårdbehövande plats på ett särskilt boende, enligt ganska nyligen införda bestämmelser kan få betala vite eller böter.

Utöver bestämmelsen om att ge god vård till den som bor inom landstingen finns det bestämmelser om att patienten ska få välja behandlingsalternativ och förnyad medicinsk bedömning men däremot finns det inte fastlagt någon skyldighet att ge vård på lika villkor.

På den förra socialdemokratiska regeringens förslag införde riksdagen 1996 bestämmelser som bl.a. innebar att om landstingen överlämnade till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård vid sjukhus skulle verksamheten drivas utan syfte att ge vinst till ägaren. Inte heller fick landstinget överlämna åt någon annan att bedriva vård vid ett regionsjukhus. De här bestämmelserna togs bort på förslag av den borgerliga regeringen 2007.

”Min slutsats av den här översiktliga genomgången är att – i avvaktan på att det genomförs en fullständig översyn av HSL – så kan man införa en ny bestämmelse i 3§ som t.ex. anger följande:

Landstinget ansvarar för att all hälso- och sjukvård inom landstinget erbjuds på lika villkor i fråga om tillgänglighet och kvalitet.”

Med den utformning HSL har i dag är detta ett tämligen enkelt tillägg, lagtekniskt sett, till huvudbestämmelsen om landstingets ansvar för att ge god vård åt dem som är bosatta inom landstinget

I förarbetena till lagbestämmelsen får man sedan göra klart att bestämmelsen innebär att landstinget måste beakta kravet på lika villkor såväl när den egna organisationen av hälso- och sjukvården utformas som när landstinget genom avtal uppdrar åt privata vårdgivare att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för.

Man har också möjlighet att i förarbetena utveckla vad lika villkor i fråga om tillgänglighet innebär t.ex. när det gäller geografisk tillgänglighet och ekonomisk tillgänglighet. Som jag nämnt finns det inget sätt att bestraffa det landsting som bryter mot lagen. Socialstyrelsen kan naturligtvis på eget initiativ eller regeringens uppdrag undersöka hur lagen tillämpas och rapportera om missförhållanden och ansvar kan utkrävas på politisk väg.

Konsekvenser av Vårdval Stockholm

Ulla Althin, ordförande i Vårdförbundet avdelning Stockholm

Det är angeläget att Vårdförbundets yrkesgrupper deltar i diskussionen. Hälso- och sjukvårdslagen säger att det ska vara en god hälso- och sjukvård på lika villkor och att den också ska förebygga ohälsa. Vårdförbundet gjorde under slutet av 2008 en enkätundersökning bland medlemmar i de tre län som då hade vårdval (Halland, Stockholm och Västmanland). Här är några frågor och svar:

"I vilken utsträckning upplever du att vårdvalsmodellen ger förutsättningar för att uppnå målet om en vård på lika villkor?"

70,2% upplevde inte att HSL:s intentioner uppfylls.

"I vilken utsträckning upplever du att vårdvalsmodellen ger förutsättningar för det förebyggande arbetet?"

47,5 % svarade "inte alls" vilket inte heller är i linje med HSL.

"I Stockholm upplever vi att vårdvalet har blivit ett hot mot det förebyggande arbetet."

Nyttjandet av distriktssköterskans kunskaper har minskat drastiskt och detta beror till stor del på ersättningssystemet. Ersättningen för ett läkarbesök är så mycket högre än ersättningen för ett besök hos distriktssköterskan att det är lönsamt för husläkarmottagningen att läkarna utför distriktssköterskans arbetsuppgifter. Som en följd av detta finns risk för att den verksamhetsförlagda utbildningen i specialistutbildningen till distriktssköterska inte kan ges i Stockholms län! Möjlighet till professionell kompe-

tensutveckling har minskat och det är frustrerande att inte få göra det man har kunskap och kompetens för!

I enkäten ansåg en övervägande del att kvalitén inte främjas i vårdvalsmodellen – det saknas kvalitetsindikatorer för omvårdnad - däremot främjas patientens valfrihet. Och endast ett fåtal ansåg att modellen ger landstinget kontroll över kostnadsutvecklingen. Hela enkäten finns på www.vardforbundet.se.

Till sist; ge hemsjukvården och distriktssköterskorna en egen auktorisation! Distriktssköterskan har ett eget yrkesansvar att utföra omvårdnad och förebyggande arbete och behöver inte underordnas läkaren vilket innebär att man bör skilja på uppdragen husläkarverksamhet, distriktssköterskeverksamhet och hemsjukvård!

Elisabeth Hammarstedt, ordförande i Kommunal Stockholms län

Kommunal är inte emot att det finns möjligheter att välja vårdcentral men är starkt kritiska till Vårdval Stockholm. Vi får välja vart men resten är det ekonomin och regelsystemet som väljer åt oss. Inga beräkningar har gjorts om vilka konsekvenser vårdvalet får socioekonomiskt. Vårdval Stockholm kommer att öka de stora klyftor som redan finns idag. Det är skillnad att vara vårdcentral med ett "kundunderlag" för medelålders "friska" än att verka i ett område som består av en åldrande befolkning med ett flertal sjukdomar. Det är de som är förlorarna när ärenden som tidigare löstes per telefon nu måste ske genom ett läkarbesök. Det är de som missgynnas av den så kallade fria etableringsrätten. Nyetableringarna sker ju där pengarna finns. Bland de välmående innestadsborna, inte där vårdbehoven finns.

Systemet bygger på att skaffa sig så många besökande på kortast möjliga tid, hos läkare.

Att byta ut kompetenta undersköterskor mot läkare, i värsta fall inhyrda, för att utföra undersköterskeuppgifter kan inte gynna någon. Dessutom är det samhällsekonomiskt vansinne. Läkare ger insulin och sätter stödstrumpor eller lindar ben. De saknar ibland den reella kompetensen för att utföra arbetsuppgifterna. Rätt person på rätt plats till största möjliga nytta för oss alla.

Den ekonomiska krisen är också en demokratisk kris. Nu ser vi effekterna av tio års avregleringar. Moderaterna talar om att det inte är driftsformen utan kvaliteten i verksamheten som är avgörande. Sedan agerar de precis tvärtom. Privatiseringen i sig blir ett mantra. Ideologin blir viktigare än människorna.

Det är bland undersköterskorna som uppsägningarna sker när vårdcentralerna i områden med stora vårdbehov tvingas skära ner. På de privata vårdcentralerna har ca 100–125 undersköterskor blivit uppsagda. Det känns som om den borgerliga landstingsledningen har en övertro på att allt ska utföras av läkare eller sjuksköterskor. De sätter inte värde på de insatser som undersköterskor utför. Varför? Kan det vara en ideologisk betingad syn att arbetet i den offentliga sektorn inte har samma värde?

Att kvinnors arbete inte är lika viktigt? Att kvinnornas plats på arbetsmarknaden inte är självklar? Det är de signaler Filippa Reinfeldt sänder till länets undersköterskor.

”Det är dags att återupprätta undersköterskans status. Det gör vi bäst genom att skrota Vårdval Stockholm!”

Thomas Flodin, ordförande i Läkarförbundet Stockholm

Vårdval Stockholm har sedan dess införande 2008 haft stor påverkan på primärvården i Stockholms Läns Landsting. Det finns positiva effekter som ökad tillgänglighet och kortare väntetider men tyvärr även negativa effekter. Vissa av dessa påpekades av Stockholms Läkarförening redan före införandet som enligt vår mening skedde med alltför kort förberedelsestid.

Kritiken kan sammanfattas i tre punkter: Ett, en bristfällig ersättningsmodell. Två, en alltför stor detaljreglering av verksamheten inklusive rapporteringstvång av omotiverad detaljinformation för uppföljning. Tre, en bristande samverkan med berörda yrkesgrupper.

Ersättningsmodellen är på många sätt avgörande för det sätt som vården organiseras och för stora och små prioriteringar i vårdens vardag. Många lätta läkarbesök favoriseras i dag framför längre mer resurskrävande besök av t ex multisjuka äldre. Det tvärprofessionella arbetssätt som utvecklats på många vårdcentraler försvinner till förmån för en mer produktionsfokuserad vårdform där läkaren står i centrum. Den ökade betoning som läggs på att maximera antalet besök sker på bekostnad av arbetsmiljö och kompetensutveckling. Att ersättningsmodellen inte tar hänsyn till vårdtyngd är som många påpekat en avgörande svaghet. En större andel fast ersättning istället för rörlig besöksersättning borde införas. Vårduppdraget borde utformas så att ett större inslag av samarbete mellan olika yrkesgrupper gynnas.

Hur en fungerande vidareutbildning och utbildning av nya specialister i allmän medicin bör ske ingår inte i den i övrigt omfattande ”regelboken” som styr alla verksamheter i vårdvalet. Den innehåller däremot detaljerade krav på inrapportering av detaljuppgifter av tveksamt värde. Någon systematisk återrapportering sker inte varför den tid som ägnas åt att sammanställa och rapportera av många inblandade upplevs som bortkastad.

Vårdval kan som erfarenheter visar utformas på många olika sätt. Ett större patientinflytande är av godo liksom större tillgänglighet. Om vårdval Stockholm skall bli något annat än ett avskräckande exempel för andra landsting krävs dock vilja och förmåga att ta till sig den kritik som framkommit.

”Utan en attitydförändring på politisk nivå kommer det läckande vårdvalsskeppet i Stockholm att likt Wasa gå till botten. Även den gången påpekades tidigt bristerna i konstruktionen utan att det togs på allvar av de styrande. Det kanske allvarligaste för framtiden är dock oviljan till dialog med de berörda yrkesgrupperna.”

Vårdval Stockholm i praktiken

Kristina Blommé, vice ordförande Distriktssköterskeföreningen i Sverige

Som man frågar får man svar! I de utvärderingar som gjorts efter vårdvalets införande efterfrågas inte distriktssköterskans arbetsuppgifter. Därmed finns vi inte heller med i statistik. Distriktssköterska är en specialistutbildning med yrkesskyddad titel. Vi har drygt ett års studier (75 högskolepoäng) efter sjuksköterskeutbildningen och halva utbildningstiden ligger på hälsoarbete. Nu ersätts distriktssköterskor med sjuksköterskor trots att det står i avtalet att det ska finnas en distriktssköterska på varje mottagning.

Vi får nu lägga mer av arbetstiden i *telefon* med att boka tider till läkaren. Kollegor har berättat att när hemtjänstpersonal ringt och sagt att patienten har stopp i sin KAD så har verksamhetschefen bestämt att detta får ta max 40 min med hänvisning till att telefonkön måste ”betas av”. Packa väskan, byta om, resa dit, utföra arbetsuppgiften, resa tillbaka, byta om, dokumentera tar sammanlagt mer än 40 min även om man är snabb.

Rådgivning håller på raderas ut. Även för sådant som skulle klaras av med egenvårdsråd ska läkartid ges. Akutläkarens tidbok måste fyllas för att få in pengar. *Hembesök* gjorda av distriktssköterska ersätts med 250 kr. Gör läkaren besöket är ersättningen 500 kr.

Hemsjukvårdens teamarbete håller på att försvinna. Det som nu händer är att undersköterskor sagts upp och distriktssköterskan får göra jobbet. Exempelvis att sätta på stödstrumpor och ge insulin. Med 17 besök/arbetsdag är det svårt hinna med uppföljning, planering och dokumentation. Patientsäkerheten äventyras.

Inom *MVC*, *BVC* och *Skolhälsovård* finns tydliga uppdrag. Vi saknar tydliga uppdrag för distriktssköterskan inom *Vuxenhälsovård* och *Äldrehälsovård*, exempelvis FaR (fysisk aktivitet på recept) livsstilsfrågor, tobak, alkohol, våld mot kvinnor mm.

Det *förebyggande arbetet* eftersätts. En höftfraktur kostar ca 400 000 kronor, dessutom det personliga lidandet. Det finns pengar att spara inom fallprevention. I avtalet står att alla 75-åringar ska erbjudas ett *Hälsosamtal* av en distriktssköterska. Det är ett strukturerat samtal kring patientens hälsa och livssituation. Här kan uppdragas

t ex undernäring, fallrisk, minnessvårigheter som kan behöva följas upp på vårdcentralen. Planerad tidsåtgång för ett gott samtal är ca 2 timmar inkl resa och dokumentation. Kollegor uppmanas fixa detta på 1 timma. Få kollegor har hunnit göra dessa samtal.

Läkemedelsgenomgångar med äldre patienter försummas. Distriktssköterskor använder ett särskilt instrument för sådana genomgångar, SMA (Safe Medication Assessment). Det finns patienter som helt kunnat sluta med sömnmedel och i utvärderingen uppgett att de nu sover bra. Allt sådant tar tid. Tid som nu inte finns då korta besök premieras.

Vi vill ge en god och patientsäker vård inom LEON-principen (Lägsta effektiva omhändertagande-nivå).

”Vi vill ha Vårdval till distriktssköterska med tydligt uppdrag så vi kan få arbeta med det vi är bra på: egenvård, hälsovård och omvårdnad som gör att patienten trots sjukdom kan finna på lösningar som främjar hälsa.”

Referat av tre ytterligare inlägg: Chatarina Zätterström, Gunnar Berglund och Martti Keinänen.

Mödravården i invandratäta förorter har drabbats av Vårdval Stockholm. Det var den slutsats **Chatarina Zätterström**, samordningsbarnmorska i sydvästra Stockholm drog i sin presentation.

Visst har Vårdval Stockholm lett till ökad tillgänglighet och ökad valfrihet för blivande föräldrar, och villkoren för alla vårdgivare är lika. Cirka 14 nya mottagningar har etablerats, en del av dem i tunga områden.

Men ersättningsmodellen innebär att allt ersätts efter prestation. Man kan få bonus för patientnöjdhetenkäter, men i invandratäta områden brukar svarsfrekvensen på sådana enkäter ligga under 50 %. Små mottagningar får svårt att överleva. Familjecentraler – som är en samverkan mellan mödravården, barnavården och socialtjänsten – som den i Rinkeby har lagts ned, med stora konsekvenser för socialt utsatta familjer.

Vårdval Stockholm har lett till ökad stress på många vårdcentraler, risk för minskad kvalitet på läkarbesöken och minskat utrymme för fortbildning, sammanfattade **Gunnar Berglund**, distriktsläkare på Älvsjö vårdcentral och aktiv i den lokala läkarföreningen.

Ett graverande exempel på vad vårdvalet kan leda till är att antibiotikaförskrivningen i Stockholms läns landsting ökat med 17 procent – trots insikten om att den tvärtom måste minskas. Stockholmslandstinget är nu sämst i landet när det gäller att hålla igen på antibiotikaförskrivningen.

För Gunnar Berglund är det klart att detta hänger ihop med stressen och med kravet att hålla ett "nöjt kundindex". Alla läkare orkar tyvärr inte stå emot patienttrycket, att skriva ett recept ger en nöjd patient och ett kort besök.

– Vi har 11 procent fler besök, men inga tecken på bättre folkhälsa, menade Berglund. Det finns inget i systemet som garanterar kvaliteten. Men så här vill vi inte arbeta, vi vill ta hand om dem som behöver oss mest - och det är knappast barn med snuvor.

– Vårdcentralerna borde få mer ersättning för äldre och multisjuka. Annars finns risken att man försöker undvika att ta emot patienter med många sjukdomar och stort behov av exempelvis hemsjukvård, påpekade Berglund.

"Idealpatienten i Vårdval Stockholm är en snuvig treåring. Inga prover behöver tas och treåringen blir oftast frisk av sig själv, vad vi än hittar på. Så besöket går snabbt och vi hinner med många patienter på kort tid. Och då blir budgeten i balans."

Martti Keinänen, undersköterska på Rosenlunds vårdcentral har blivit ensamman med Vårdvalet. Han är kvar som enda undersköterska sedan hans åtta (!) kollegor har sagts upp. Orsaken är att ersättningen för hembesök är 100 kr mer om en distriktsköterska gör det. Skillnaden i ersättning är större än löneskillnaden, och undersköterskor sägs upp. Samma utveckling ses på andra vårdcentraler i länet.

Men för de flesta insatserna i hemsjukvården räcker det med undersköterskekompetens, menade Keinänen. Resultatet blir en dyrare hemsjukvård i onödan och slöseri med distriktssköterskekompetens.

En annan orsak till nedskärningar är att hemsjukvårdens resurser krympt genom vårdvalet. Schablonersättningen beräknas på antalet över 65 år bland de listade. Men om patienterna är sjukare än snittet, eller om en hög andel är ännu äldre, mer än 80 år – då räcker inte ersättningen. Spräcker vårdcentralen taket minskar ersättningen med en tredjedel för de överskjutande besöken.

Arbetsbelastningen för dem som arbetar i hemsjukvården ökar, samtidigt som ekonomin inte går ihop och nedskärningar hotar.

Fler exempel på hur vårdvalet slagit – röster från diskussionen

- Det är inte bara så att distriktssköterskor gör undersköterskors jobb. Det förekommer att läkare går ut och ger insulin så att vårdcentralen ska få mer pengar.

- Var tredje patient i väntrummet på en vårdcentral lider av psykisk ohälsa men stödet till dem har utarmats genom Vårdval Stockholm. Psykologerna är nästan borta. I hela primärvården i Stockholm västerort finns två psykologer kvar. Psykosociala team har tagits bort. I Kista lades primärvårdens krismottagning ned.
- En deltagare med erfarenheter från Örebro berättade att man där ger samma ersättning för distriktssköterske- och läkarbesök. Det stärker teamarbetet, som i Stockholm däremot håller på att utplånas.

Utdrag ur Elisabeth Hammarstedts inledning:

Vårdcentralerna jagar pengar genom att styra över från besök av undersköterskor och sjuksköterskor till mer lönsamma läkarbesök. Det börjar få absurda konsekvenser. Jag talade nyligen med en undersköterska som bor i en söderförort. Hon var osäker på vilket vaccinationskydd som hennes lille son hade och ringde därför till sin vårdcentral. Men där fick hon beskedet att de inte längre kunde lämna den informationen på telefon. Hon var tvungen att ta ledigt från jobbet och komma på ett läkarbesök. Detta leder också till att väntetiderna förlängs.



www.gemensamvalfard.se