

Bättre vård är inte en valfrihetsfråga

Dagens Samhälle den 21 maj 2015

Efter Riksrevisionens granskning av hur reformerna om vårdval och vårdgaranti har påverkat primärvården har debatten fastnat i skottlinjen mellan dem som är för eller emot det fria vårdvalet. Det är synd, eftersom fokus försvinner från de viktiga förändringar som krävs för att förbättra vården för de med stora vårdbehov.

I SNS-rapporten "Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet" sammanfattar jag resultaten av egna och andras studier kring hur primärvården har utvecklats sedan vårdvalet infördes 2010. Riksrevisionens rapport pekar på att en ökning av vårdkonsumtion i vissa grupper har skett på bekostnad av att den minskat i andra grupper. Jag menar att forskningen snarare visar att det ökade antalet besök i primärvården sedan vårdvalet infördes har kommit alla grupper till del. Antalet läkarbesök per individ tycks dock ha ökat mer för befolkningen i stort än i grupper med stora behov.

Diskussionen kring svensk primärvård borde inte handla om vårdvalsreformen i sig, utan mer om hur vi förbättrar vården för personer med stora behov. Utifrån slutsatserna i min rapport vill jag lyfta fram tre viktiga utmaningar för hur primärvården bör utvecklas framöver.

1. Skräddarsytt bemötande i vården. För att patienten ska känna sig trygg, nöjd och väl omhändertagen krävs att hen förstår vad som görs och varför en specifik insats väljs. Vi kan se ett generellt positivt samband mellan hur många kontakter man har med vården och hur nöjd man är. Det är ett uppmuntrande resultat som tyder på att primärvården har god förmåga att ta hand om personer med stora sjukvårdsbehov. Flera studier visar också på ett positivt samband mellan valfrihet i vården och människors uppfattningar om kvalitet. Samtidigt dras svensk primärvård med stora brister när det gäller kontinuitet i patientkontakterna och förmåga att samordna patientkontakter. Svenska och internationella studier visar även att det är personer med sämre socioekonomiska förutsättningar som oftast är missnöjda med vården.

Slutsatsen bör vara att vårdens bemötande i större utsträckning måste anpassas efter situation och individ. Det är särskilt viktigt för de som har svårare att söka och tillgodogöra sig information i vården. Här finns mycket att göra, bland annat genom att utveckla vården i fortlöpande relation till patienterna. I dag råder därtill stor brist på tillgänglig skräddarsydd information till olika målgrupper som har specifika informationsbehov, såsom äldre, multisjuka eller personer med kroniska sjukdomar.

2. Utökade nationella register över medicinska prestationer. Vårdens kvalitet återspeglas inte alltid genom den information som finns i lokala och nationella register över antal vårdkontakter och tilldelade resurser. Information om den patientupplevda kvaliteten är dessutom otillräcklig vad gäller bedömningar av den medicinska kvaliteten då patientens önskemål kan skilja sig från vad som är medicinskt bra eller rätt ur ett befolkningsperspektiv. Att vara restriktiv med att förskriva antibiotika kan exempelvis vara bra ur ett befolkningsperspektiv, men kan även uppfattas negativt av enskilda patienter som inte får den antibiotika de anser sig behöva.

För att kunna mäta medicinska prestationer på ett systematiskt sätt behövs nationella register också över prestationer, medicinsk kvalitet och bemanning. Här bör man involvera vårdgivarna i framtagandet av lämpliga indikatorer och regelbundet rapportera på mottagningsnivå så att informationen kan användas i verksamhetsutvecklingen. Det är lika viktigt att kunna följa förändringar i den egna verksamheten över tid som att kunna jämföra olika mottagningar med varandra.

3. Bättre styrning och uppföljning av resurser. En majoritet av landstingen och regionerna ger extra resurser till vårdmottagningar i områden med socioekonomiska utmaningar. Men kunskapen om hur dessa resurser används är låg. Generellt är produktiviteten lägre hos vårdcentraler vars listade individer har större vårdbehov, mätt med antal diagnoser, eller sämre socioekonomiska förutsättningar. Men det är ett trubbigt mått. Produktivitet mäts som antal producerade besök i relation till hur mycket resurser som använts. Att vissa vårdcentraler har låg produktivitet behöver inte betyda att de är ineffektiva eller presterar sämre vård. Besöken kan vara längre eller också tas större resurser i anspråk av vårdtunga patienter. Det kan också vara så att vårdcentralerna satsar på förebyggande åtgärder, vilket inte fångas av besöksstatistiken.

För att gå till botten med problem och orsaker behöver landstingen och regionerna utveckla styrning och uppföljning av såväl produktivitet som resultat. Dialog med vårdgivare är ett viktigt komplement till att följa upp statistik om vårdgivare. Det ger bättre förutsättningar att utveckla vården ur ett patientperspektiv och de personer som arbetar med patienter får då ett bättre grepp om just sina listade. Man får även en bättre bild av framgångsrika arbetssätt vid mottagningar med listade som har svåra socioekonomiska förutsättningar, och verksamheter kan lära av varandra.

Hur svensk primärvård utvecklas framöver ligger nu bortom det fria vårdvalet. Med eller utan valfrihet för brukarna måste landstingen och regionerna bli bättre på att styra, följa upp och utvärdera den vård som bedrivs. Skräddarsytt bemötande, utökade nationella register över primärvårdens insatser och resultat samt ändamålsenlig styrning och uppföljning av vårdgivare. Det är där vi bör lägga fokus om vi på allvar vill säkra en jämlik vård och förbättra för grupper med stora vårdbehov.

Anna Häger Glengård, ekonomie doktor