

NYA VÅRDGARANTIN TAR HÄNSYN TILL FLER

Uppföljningarna av 1992 års vårdgaranti visade att denna av många skäl har blivit allt svårare att upprätthålla. I Dagmarförhandlingar mellan regeringen och Landstingsförbundet har bl a därför beslutats att vårdgarantin skulle få en bredare inriktning mot alla patientgrupper och inte enbart mot ett mindre antal åtgärder med främst kirurgisk inriktning.

Den politiska debatten har varit intensiv om hur en vårdgaranti bör se ut. Bengt Hjelmqvist anser att vårdgarantin från 1992 bör byggas ut och inte tas bort [1]. För att kommentera detta krävs en redovisning av utvecklingen av den vårdgaranti som trädde i kraft den 1 januari 1992. Den var avsedd att gälla i första hand ett år och tillkom i förhandlingar mellan regeringen (ej Socialstyrelsen) och Landstingsförbundet.

Den omfattade som bekant tolv olika insatser huvudsakligen av kirurgisk karaktär och innebar att en patient, som av läkare bedömts vara i behov av en av dessa åtgärder och placerats på väntelista, inte skulle behöva vänta längre än tre månader på behandling. Om den klinik/motsvarande som patienten hörde till inte kunde uppfylla denna garanti, hade en patient, som så önskade, rätt att bli remitterad till annan klinik för behandling.

För denna garanti avsatte regeringen 500 miljoner kronor för 1992 som de huvudmän som beslöt att följa vårdgarantirekommendationen fick dela på. Samtliga landsting beslöt då att följa rekommendationen. De åtgärder som omfattades av garantin utgjorde knappt 20

procent av det totala antalet operationer i landet, motsvarande ca 6 procent av kostnaderna för läns- och regionsjukvård.

I de sk Dagmarförhandlingarna för 1993–1995 kom Socialdepartementet och Landstingsförbundet överens om att rekommendera landstingen att förlänga garantin ytterligare för dessa år. Några speciella medel för detta avsattes dock inte av regeringen. Sjukvårdshuvudmännen har utan undantag fortsatt att följa överenskommelsen om vårdgarantin, och några landsting har till och med vidgat den till andra omåden än de centralt överenskomna. I Dagmaröverenskommelsen för 1996 kom parterna överens om att den centralt rekommenderade vårdgarantin efter hand skulle utvidgas och förändras.

Kortvarig effekt

I den första överenskommelsen ingick att 1992 års vårdgaranti skulle följas upp gemensamt av Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Denna uppföljning har gjorts under åren 1992–1996 och redovisats i rapporter 1993 [2], 1994 [3] och 1996[4].

Utvärderingen har visat att köer och väntetider förkortades under vårdgarantins första år. I de mätningar som regelbundet görs av Landstingsförbundet kunde dock konstateras att köerna under 1993 var i stort sett oförändrade, samt att en tendens till försämring uppträdde vid årsskiftet 1994/95. I slutet av 1995 inträffade en vårdkonflikt som gjorde att köerna till den planerade vården växte. Kösituationen skulle dock sannolikt ha försämrats under 1995 även utan en vårdkonflikt.

Effekten av vårdgarantin från 1992 blev alltså relativt kortvarig. Köer tycks emellertid inte ha varit ett allmänt problem för sjukhus och kliniker vare sig före eller efter garantin, enligt de uppskattningar som sjukhusledningarna gjort före och under åren med garantin. Ungefär en tredjedel av huvudmännen uppgav nämligen att man inte haft några problem med köer vid sjukhuset innan vårdgarantin trädde i kraft. Ytterligare en tredjedel hade haft vissa problem, medan resten angav att de hade haft stora problem.

DEBATT

”Den nya vårdgarantin och det nya Dagmaravtalet tillgodoser nog i själva verket de flesta av Hjelmqvists önskemål. Debatten har sålunda ej tystnat och någon budbärare har inte halsuggits!”

Under 1992 förändrades detta, och hälften av sjukhusen uppgav att de inte hade några problem, medan endast ca 10 procent hade stora köproblem. Under 1993 fortsatte utvecklingen i den riktningen medan förhållandena försämrades under 1994.

Svårbedömd effekt

Vårdgarantins betydelse för den nedgång i köer och väntetider som uppträdde under vårdgarantins första år är svår att avgöra. Samtidigt som vårdgarantin infördes skedde en del andra förändringar i vården, som t ex att olika styrmodeller infördes. Vidare genomfördes olika reformer och insatser för att öka kapaciteten och tillgängligheten i vården. Hit hör den sk Ädelreformen, som tillkom bl a för att lösa problem med att patienter som var färdigbehandlade i den somatiska korttidsvården inte fördes över till mer lämpliga vårdformer.

På samma sätt som köproblemen varierat mellan sjukhusen har de också varierat mellan klinikerna. Vid vissa kliniker har man aldrig haft några köproblem, medan andra har haft svårt att klara vårdgarantin såväl före som efter garantin.

Även åtgärderna för att genomföra vårdgarantin har varierat mellan sjukhus och kliniker. Främst har produktionsökning utnyttjats för att komma till rätta med köerna. Mellan 1991 och 1992 ökade sålunda det totala antalet ingrepp inom vårdgarantiområdena med 11 procent. Under 1993 och 1994 var antalet ingrepp oförändrat, och under

Författare

NINA REHNQVIST
överdirektör

SVEN DAHLGREN
professor i kirurgi, specialsakkunnig; båda vid Hälso- och sjukvårdsgruppen, Socialstyrelsen.

1995 minskade produktionen med några procent.

Variationerna är emellertid stora mellan de verksamheter som ingår i vårdgarantin. Så har t ex operationerna för ljumskbräck och godartad prostataförstoring minskat i antal år för år, medan antalet åtgärder för kranskärlssjukdom ökat kraftigt.

Varierande behandlingsfrekvens

En annan åtgärd för att minska köerna kunde vara att se över indikationerna för åtgärden i fråga. För att indikationerna för respektive åtgärd skulle kunna likställas över landet och därmed vården ges på lika villkor, utarbetades inom Socialstyrelsen med hjälp av professionen ett allmänt råd i vilket angavs de indikationer som borde gälla för respektive åtgärd.

Trots detta har studier under en lång följd av år visat att det finns stora regionala variationer i behandlingsfrekvens. Detta gäller även för vårdgarantiområdena, vilket tydligt visats i uppföljningarna [2-4].

Under de år som vårdgarantin har gällt ser man ingen förändring i detta förhållande. Det finns landsting som hade en hög behandlingsfrekvens åren före vårdgarantin och där antalet operationer ökade under garantiåren, medan andra landsting med låg operationsfrekvens ökade sin produktion endast marginellt.

En högre operationsfrekvens har inte heller alltid lett till att kortare väntetider uppstått. Om frekvensen av vissa av de i vårdgarantin ingående åtgärderna skulle ligga på den lägsta som redovisats i landet skulle köerna sannolikt vara borta.

Det har alltså blivit svårare att upprätthålla garantin. Av de analyser som gjorts i anslutning till uppföljningen av vårdgarantin synes försämringen huvudsakligen vara en följd av:

- minskade resurser i kombination med oförändrad eller ökad efterfrågan,
- minskat utrymme för rationaliseringar,
- vårdkonflikten i slutet av 1995,
- försvagade incitament i kombination med prioriteringsdiskussionerna.

Ej efterfrågad valfrihet

Ett av de starkaste incitamenten till förändring som vårdgarantin innehöll var att patienten kunde välja att gå till en annan vårdgivare med kortare väntetid. Under åren med vårdgarantin har det emellertid visat sig att patienternas intresse för att utnyttja denna valmöjlighet inte varit särskilt starkt. Vid årsskiftet 1995–1996 hade 82 procent av dem som väntat mer än tre månader valt att

Den nya vårdgarantin vill öka tillgängligheten för alla patienter, och är inte längre inriktad enbart på ett fåtal främst kirurgiska diagnoser.

vänta framför alternativet att byta vårdgivare.

Även om det kanske kan ifrågasättas om informationen till patienterna på denna punkt varit tillräcklig, så synes patienterna själva ha visat att deras behov av åtgärden i fråga inte varit så starkt att de prioriterat väntetiden tre månader framför att få bli åtgärdad vid det sjukhus där man primärt blivit uppsatt på väntelista. Detta kan sannolikt också ha bidragit till att trycket på att hålla väntetiderna har minskat.

Prioriteringsutredningen framhöll att flera av de områden som omfattades av vårdgarantin inte var sådana vårdbehov som borde prioriteras högst. I själva verket kom flera av åtgärderna först på utredningens tredje prioriteringsnivå. Detta kan också ha medverkat till att man inom vården på många håll inte valt att prioritera köer och väntetider till vårdgarantins områden lika starkt som förut.

En av de frågor som studerats vid uppföljningarna är de eventuella undanträngningseffekter som kan ha drabbat andra behov än de som omfattas av

vårdgarantin. Omfattningen av sådana effekter har tydligen varit relativt begränsad under garantins första år. I senare enkäter mellan 1992 och 1994 synes en försämring ha inträffat, så att 25 procent av klinikerna uppgett förlängda väntetider till åtgärder som ej omfattats av vårdgarantin.

Mer rättvis garanti

Som ovan påpekats har några landsting insett att det inte varit rättvist att hålla en vårdgaranti för enbart vissa områden som kanske inte alla är av den svårighetsgraden att de bör prioriteras före allt annat. De har därför vidgat vårdgarantin till att omfatta fler verksamheter – i något fall en total vårdgaranti för alla verksamheter.

Frågan om vårdgarantin spelat ut sin roll eller ej kan diskuteras. Enligt Hjelmqvist så har den inte det, utan den borde utvidgas. Enligt överenskommelsen mellan regeringen och Landstingsförbundet från november 1996 har den gamla vårdgarantin dock spelat ut sin roll på många sätt, eftersom den enligt ovan inte längre tycks stimulera till önskat resultat.

Den nya vårdgarantin har emellertid vidgats och tar nu sikte på att öka tillgängligheten för *alla* patienter. I denna

fokuseras patienterna på ett tydligt sätt så att tillgängligheten ökar redan i den öppna vården – vilket inte alls var tillgodosett i den gamla vårdgarantin – med såväl primärvård som specialistvård.

Vidare skall nationella riktlinjer för lokala vårdprogram tas fram för verksamheter enligt den prioritering som regeringen föreslår riksdagen i vår på grundval av Prioriteringsutredningens slutliga betänkande. Den nya garantin är således i själva verket riktad just till de patienter som har det svårt – helt i enlighet med Hjelmqvists uppfattning om hur det bör vara.

Ingen »Oregonlista«

Däremot är garantin inte lagd snävt för vissa patienter med vissa speciellt nämnda diagnoser. Om man vill ge garantierna nere på diagnosnivå hamnar man i ett system liknande den s k Oregonlistan, som inte synes ha rönt större intresse att efterapas i den svenska sjukvårdsdebatten.

Överenskommelsen innehåller också önskemål om att huvudmännen tar fram lokala uppföljningssystem för att dokumentera och analysera verksamhetens ändamålsenlighet. En sådan utveckling är ju också ett önskemål som ligger i linje med Hjelmqvists resone-mang om behov av analyser om skillnader mellan olika sjukhus och olika huvudmän när det gäller diagnoser i Prioriteringsutredningens alla prioriteringsgrupper. För att påskynda en sådan utveckling har 550 miljoner kronor avsatts för detta ändamål i det s k Dagmaravtalet, som bl a innehåller den nya vårdgarantin.

Hjelmqvists debattinlägg är viktigt för att öka förståelsen för hur vården kontinuerligt skall kunna förbättras och hur en vårdgaranti bäst kan tillgodose de önskemål som vi alla är överens om, nämligen en förbättrad vård med patienten i högsätet. Den nya vårdgarantin och det nya Dagmaravtalet tillgodoser nog i själva verket de flesta av Hjelmqvists önskemål. Debatten har sålunda ej tystnat och någon budbärare har inte halshuggits! Det är tvärtom önskvärt med många budbärare som ger synpunkter på hur sjukvården skall kunna förbättras.

Särställning för servicespecialiteterna

Stefan Söderlundh kommenterar i sitt debattinlägg frågan om väntetidernas förhållande till kallelse- och väntelisterutiner [5]. I den komplexa organisationen av sjukvården intar servicespecialiteterna ett speciellt läge, eftersom de kan fungera som flaskhalsar – eller motsatsen – och därigenom eventuellt bli normerande för indikations-

ställningarna. Sjukvårdens samlade kapacitet är förstas härigenom av betydelse för produktionen och därmed väntelistorna.

Ofta går det dock att prioritera åtgärder – såväl diagnostiska som terapeutiska – redan innan patienten sätts upp på väntelista. Detta gäller inte minst MRT-undersökningarna. Till detta kommer att väntelistorna tidvis inte följts upp kontinuerligt för att de skall vara aktuella.

En fortsatt intensiv dialog mellan sjukvårdens företrädare för att undvika flaskhalsar, med kontinuerlig granskning av väntelistor och prioritering av åtgärder redan innan man sätter upp en patient på väntelista, är nödvändig. Idealet, som är en planeringslista för en kortare tid, kan dock tidvis vara svårt att uppnå.

Referenser

1. Hjelmqvist B. Bygg ut vårdgarantin – ta inte bort den! Läkartidningen 1996; 93: 4707-8.
2. Vårdgaranti 1992 – Uppföljning och utvärdering. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:11.
3. Vårdgaranti 1992 – Uppföljning och utvärdering. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:14.
4. Fyra år med vårdgaranti – erfarenheter och effekter. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997: 2.
5. Söderlundh S. Några frågor om vårdgarantin. Läkartidningen 1997; 94: 1259.



Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red