

BRISTANDE KUNSKAP OM KÖER I SJUKVÅRDEN

Reformerad vårdgaranti hade kunnat ge svaren

Patienterna utnyttjade inte den valfrihet som den gamla vårdgarantin innebar. Det hade patienterna kanske lärt sig om den fått finnas längre. Då hade sjukvården också kunnat få kunskap om de mekanismer som styr köutvecklingen.

I debatten efter min artikel om vårdgarantin [1] har Socialstyrelsen företräd av Nina Rehnqvist och Sven Dahlgren [2] förklarat hur man tänker sig att den nya garantin skall fungera.

Jag ville i ett avslutande inlägg belysa några aspekter av vårdgarantierna och deras utformning för att klargöra varför jag fortfarande är kritisk till förändringen trots att Rehnqvist och Dahlgren anser att den nya garantin kommer att säkerställa de önskemål jag framförde i mitt första inlägg.

Nya vårdgarantin skall gälla allt

Avsikten med den nya vårdgarantin är att förstärka patientens ställning och garantera att vård kan ges inte bara för de tolvt diagnoser som listades i den gamla vårdgarantin. Nu gäller garantin alla och allt, undantagslöst: »... en förnyad vårdgaranti som tar sikte på att öka tillgängligheten för alla patienter och som innebär en fortsatt utveckling av den förändring som påbörjades under år 1996. Primärvården är basen i hälso- och sjukvården. Tillgängligheten till sådan vård skall garanteras landets invånare. Den enskilde skall kunna komma i kontakt med primärvården samma dag som han söker en sådan kontakt. Om patienten behöver träffa en läkare skall en tid för detta erbjudas inom åtta dagar. När patientens problem inte kan lösas inom primärvården utan han eller hon behöver remitteras vidare, skall tid för en sådan specialistkonsultation erbjudas inom tre månader – i vissa fall inom

Författare

BENGT HJELMQVIST

klinikchef, kirurgiska kliniken, Länssjukhuset i Kalmar.

en månad. Om det efter en sådan konsultation konstateras att det behövs någon särskild behandlingsinsats, skall den påbörjas utan dröjsmål.» Så står det i riksdagens betänkande om den nya garantin.

Gamla vårdgarantin utvärderad

Den gamla garantin har utvärderats av Socialstyrelsen [3] och slutsatserna är att effekterna av vårdgarantin är svåra att bedöma isolerat, men att garantin under de första åren troligen bidragit till att korta köerna. Förändringar av teknik, indikationer, resurser och patienternas inställning har gjort att bilden av köutvecklingen är mångfasetterad. Vid slutet av 1995 har köerna åter börjat öka möjligen till följd av resursbrist.

En annan slutsats är att incitamenten till de positiva förändringarna som uppnåddes initialt ej kunnat upprätthållas under de senare åren av garantin. Patienterna utnyttjade sin valfrihet mindre än förväntat, och orsakerna till detta kan man bara spekulera i eftersom patienternas inställning ej undersökts. Utvärderingen pekar på att de ekonomiska nackdelarna för kliniker som »tappar» patienter kan upplevas som stora. Det finns kvar oförklarade regionala skillnader i operationsfrekvens och det finns inget samband mellan operationsfrekvenser och kösituation.

Valfriheten utnyttjades inte

Ett skäl att byta ut vårdgarantin anges vara är att patienterna inte utnyttjat den valfrihet som garantin innebar. Det vore förstås bra att ta reda på varför valfriheten inte användes mera. En förklaring som Rehnqvist och Dahlgren för fram är att patienternas behov av åtgärden inte var så starkt att de prioriterat väntetiden framför att byta vårdgivare. Om så är fallet är ju även den nya garantin helt missriktad. Den fyller i så fall ett behov som inte finns.

Låt mig säga att de klarlägganden som Rehnqvist och Dahlgren kommit med annars är bra och de visar på en fortsatt vilja att ta bort köer och väntetider som jag helt sympatiserar med.

Utformning av vårdgarantin verkar dock uddlös i det patienterna ju inte ges valfrihet på samma sätt som tidigare.

DEBATT

”Nu lämnar vi den gamla vårdgarantin som ett oavslutat projekt där nästan alla frågor om köerna som fanns inledningsvis är obesvarade. De pengar som satsades i den gamla vårdgarantin har inte givit någon avkastning i form av ökad kunskap.”

Kanske hade patienterna lärt sig att använda valfriheten bättre om den hade fått finnas längre än i fem år. Det tar tid att förändra tänkesätt och förhållningsätt.

Vilka incitament ger vårdgarantierna?

Utifrån den gamla vårdgarantin och de incitament som denna gav bör jag på min kirurgklinik ha prioriterat och främst låtit operera gallsten, ljumsckbräck och godartad prostataförstoring. Riktigt så blev det inte. Det fanns andra faktorer än vårdgarantin att ta hänsyn till. Däremot var den offentliga belysningen och jämförelsen viktig och den gav en kunskap som inte var oviktigt särskilt som vi faktiskt har köproblem.

Om jag – utifrån vad jag kunnat läsa mig till i riksdagens handlingar och i den här debatten – skall planera för min kliniks fortsatta arbete med att kunna erbjuda vård i enlighet med den nya vårdgarantin och för att kunna komma i åtnjutande till någon del av den dryga miljard som anslås för 1997 så bör jag:

- Utöka informationsinsatserna till patienterna, sannolikt med IT-satsningar.

- Öka tillgängligheten för konsultation på vår öppenvårdsmottagning, så att alla patienter blir bedömda inom en eller högst tre månader.

- Om patienten behöver opereras skall operation kunna erbjudas inom en månad för alla patienter.

Detta innebär helt nya satsningar som näppeligen får plats inom den eko-

nomiska ram vi har. De skall göras i en situation när vi har bantat ner verksamheten genom att ta bort vårdplatser, vilket är en omskrivning för att vi tagit bort möjliga vårdinsatser (= personal).

Vi har sedan flera år måst prioritera ganska hårdhänt bland de våldsökandes behov. Vi har grupper av patienter i prioriteringsgrupp III som väntat årtal på sin operation.

Det framgår faktiskt inte att man nu skall göra någon prioritering alls utifrån prioriteringsutredningens principer utan alla skall ha samma korta väntetider, men vi kommer säkert som förut att behandla trafikolyckor och andra akutfall bums, cancer meddetsamma och gallsten imorgon. Det hade kanske varit bra att skapa ett instrument för att tillföra medel till vården för att korta köerna om vi misslyckas med att skapa mera vård inom ramarna.

Kan den nya vårdgarantin påverka prioriteringen eller köerna?

God vård beroende av goda vårdgivare

Det är alldeles utmärkt att »patienterna aktivt kan delta i beslut som rör den egna behandlingen. En förutsättning för detta är att informationen till dem och deras anhöriga förbättras. Patienternas möjligheter att få likvärdig, kunskapsbaserad vård i hela landet skall stärkas genom bl a nationella riktlinjer för god medicinsk praxis». Så skriver man i riksdagens betänkande inför årets Dagmaröverenskommelse där vårdgarantin ingår.

Ett problem i sammanhanget är att man i den medicinska professionen inte är överens om hur god medicinsk praxis ser ut i många fall. Praxis inom medicinen är fortfarande i ingången till 2000-talet ofta styrd av tyckande och önsketänkande. Det vetenskapliga underlaget för att välja behandling är alltför ofta bristfälligt.

Ett annat problem är att de patienter som är svårast sjuka kommer att ha minst möjligheter att själva skaffa sig kunskap och att utvärdera den. Olycksfall, akuta sjukdomsfall, missbruk och andra mentala handikapp gör patienten helt beroende av sin vårdgivares goda omdöme. Patientinformation är förstås viktig men god vård kommer alltid att ytterst vara avhängig av goda vårdgivare.

En reformerad vårdgaranti hade givit kunskap

Om den gamla vårdgarantin fått fortsätta i modifierad, utökad form och om den kopplats till andra sanktioner eller stimulanser än de som nu ansetts verkninglösa, så hade vi kunnat skaffa oss utökad kunskap om de mekanismer som styr köutveckling i sjukvården. Nu

lämnar vi den gamla vårdgarantin som ett oavslutat projekt där nästan alla frågor om köerna som fanns inledningsvis är obesvarade. De pengar som satsades i den gamla vårdgarantin har inte givit någon avkastning i form av ökad kunskap.

De tolv diagnoserna hade kunnat byggas ut i samarbete med professionens organisationer och patientföreträdare, och man hade kunnat lägga till uppföljning av kvalitetsindikatorer som finns i alla specialiteter. Det är dock ett krävande arbete att få detta att fungera på nationell nivå, och processen skulle kunnat få värdefulla bidrag från vårdgarantins medel. Nu hamnar pengarna i landstingen och där kan man befara att de nationella jämförelserna kan bli lidande.

Förhoppningsvis kommer man ändå att vilja att professionen deltar i uppföljningen, och en samverkan mellan huvudmän och professionen skulle kunna ge oss värdefulla instrument för utvecklingen av vården och för att skapa samsyn kring behandling. Vårdkedjan blir inte bättre än sin svagaste länk. Hela vårdkedjan behöver följas upp för att kvaliteten skall kunna säkerställas. Därför hade en reformerad och utvidgad vårdgaranti haft bättre förutsättningar att bli ändamålsenlig än en helt ny.

Alternativa garantier

Om man nu velat fortsätta på den tidigare inslagna vägen med en vårdgaranti där patienten hade någon form av sanktionsmöjlighet så skulle de 1,1 miljarder kronor som finns i överenskommelsen kunnat fördelas med 18 000 kr för var och en av de 61 000 patienter som väntade på operation när vårdgarantin utvärderades 1995/96. Då hade de kunnat köpa sin operation där det fanns plats eller för att förstärka sjukhusets budget.

Det skulle alternativt kunnat ge i medeltal 12,2 miljoner kronor till vart och ett av landets 90 akutsjukhus med kravet att avskaffa alla köer (det hade varit lätt). Då hade vi fått en avslutning av den gamla vårdgarantin som varit verkningfull och som visat att patientens behov verkligen betyder något.

Nu överger man den gamla vårdgarantin därför att man funnit en del fel i dess utformning, därför att man inte tror på vad den utvisar och för att det kanske trots allt inte var så viktigt med korta väntetider.

Primärvårdens roll i garantin

En fördjupad samverkan mellan sjukhusvård och primärvård som det också talas om från riksdagen har redan inletts på flera håll i landet därför att det förefaller vara ett rimligt sätt att hushålla med vårdens resurser. Denna process

pågår inte för att medel tillskjutits utan för att de saknas.

Inriktningen på den nya garantin innebär att primärvården, som får en ny stor reform vartannat år numera, skall satsa på akutverksamhet i mycket större utsträckning än nu. Är detta förankrat i primärvården?

Det politiska språket har ju sin egen ordlista och grammatik, och ett kännetecknande drag är att orden byter innebörd utan att man gör det klart för den man talar till (eller för sig själv). Den gamla vårdgarantin stod för en garanti som innebar att man gav patienten en sorts försäkran att slippa vänta. Den nya vårdgarantin heter fortfarande vårdgaranti, men innebär inte någon garanti för patienten utan bara ett krav, eller snarare ett önskemål, som riktas till huvudmännen, dock utan sanktionsmöjlighet som den gamla garantin hade något av. Begreppet garanti i den nya utformningen har därmed mist sitt innehåll.

Sjukvård och politik = sjukvårdspolitik?

Jag är helt medveten om att det finns politiska krafter bakom utformningen av vårdgarantin som nu också påverkar dess utformning. Att den gamla garantin tillkom och stöddes av den borgerliga regeringen [4] har väl bidragit till att den nuvarande regeringen vill förändra den. Det är värt att fundera över om det här är ett bra sätt att leda sjukvården på. Om färdriktningen ändras ideligen är risken stor att något mål aldrig nås.

Det är önskvärt att den medicinska professionen kan uppnå samsyn i större utsträckning än i dag, men det vore faktiskt önskvärt att den nationella ledningen av sjukvården också sökte nå samsyn i vad man vill med sjukvården.

Referenser

1. Hjelmqvist B. Bygg ut vårdgarantin – ta inte bort den! Läkartidningen 1996; 93: 4707-8.
2. Rehnqvist N, Dahlgren S. Nya vårdgarantin tar hänsyn till fler. Läkartidningen 1997; 94: 1356-8.
3. Fyra år med vårdgaranti – erfarenheter och effekter. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997: 2.
4. Schött F. Maktens megafon. Läkartidningen 1997; 94: 1970-1.