Bristande tillgänglighet i vården – struktur eller resursproblem?

Rapport från ett symposium för att belysa svårigheter och möjligheter att säkerställa vårdgarantin inom Västra Götaland.

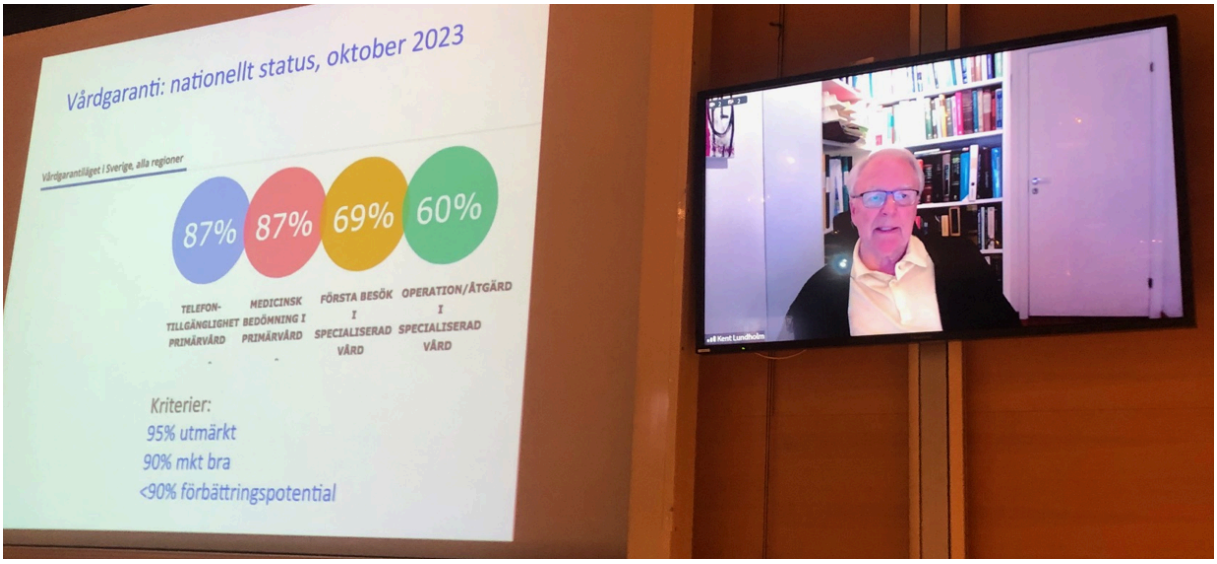
Symposiet var anordnat av Nätverket för hälso- och sjukvård (NHS) tillsammans med Sahlgrenska Science Park med stöd av Forskningsstiftelsen Albert Ekman och Göteborgs Läkaresällskap.

Symposiets teman

Kent Lundholm, ordförande för NHS hälsade välkommen och påpekade inledningsvis att vårdgarantin numera är lagstadgad och att Sahlgrenska sjukhuset inte klara att till fullo upprätthålla lagen. I jämförelse med andra huvudmän har Stockholm och Halland bättre tillgänglighet än VGR, medan t.ex. Skåne uppvisar betydligt större problem. Utöver den rena tillgängligheten finns en rad andra faktorer att bevaka som prioriteringar och jämlikhet, vårdens kvalitet, personalens kompetens och inte minst ekonomin.

För att svara upp mot behovet så som det visar sig i efterfrågan och väntetider behöver verksamheten inom VGR växa med 7–8 procent per år. Det kan uppnås på olika sätt genom ökad produktivitet, ökade resurser eller genom att viss vård överlämnas till andra vårdgivare med annan finansiering. Kostnaderna för sjukvården i VGR är omkring 48 miljarder per år (av drygt 600 för hela landet). Den ökning av kapaciteten som skissats som nödvändig för att möta behoven ligger på 2,4 till 4,8 miljarder per år, vilket motsvarar c:a 4000 kronor per vuxen.

Trots att tillgängligheten så som den mäts och analyseras inte är lagenlig visar enkäter i befolkningen att såväl sjukvården i sig som tillgängligheten och bemötandet värderas till bättre än 90% av det perfekta eller förväntade.



NHS ordförande, Kent Lundholm, medverkade på länk med inledningsanförande

Vad innebär det att säkerställa vårdgaranti?

Vårdgaranti, som sedan 1990-talet haft olika utformning blev från 2010 del av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, kapitel 9) och 2015 del av patientlagen (PL, kapitel 2). Ytterligare bestämmelser finns i 6 kapitlet Hälso- och sjukvårdsförordningen, det är här de konkreta acceptabla väntetiderna finns angivna. När tillgängligheten är begränsad krävs prioriteringar och de av riksdagen tillstyrkta principerna finns numera i HSL 3 kapitlet.

Bestämmelserna innebär

- att kontakt kan erbjudas samma dag som den enskilde söker kontakt,
- att medicinsk bedömning i primärvården sker inom tre dagar,
- att besök kan ske inom den specialiserade vården 90 dagar efter det att remiss utfärdats,
- att planerad vård kan ske inom 90 dagar från det att vårdgivaren beslutat om behandlingen.

Primärvårdens svårigheter och nya möjligheter

Jörgen Thorn som är primärvårdsdirektör i VGR inledde med en befolkningsprognos, som innebär att andelen av befolkningen äldre än 80 år kommer att i det närmaste fördubblas under de närmaste tio åren. Detta kommer givetvis att sätta press fr f a på den nära vården, vilken måste vara första instans vid ohälsa. Nya metoder, nya arbetssätt och fr f a samverkan mellan de regionala aktörerna liksom med de kommunala fordras. I detta sammanhang behöver man också stödja medborgarna själva så att egenvården och hemsjukvården utvecklas.

Thorn beskrev också det nya journalsystemet Millenium som en viktig del i effektiviseringen genom att anteckningar om enskilda vårdtagare kan göras tillgängliga i hela vårdkedjan. Andra former av ökad digitalisering kommer också att vara av stort värde genom att ”digital vård” blir möjlig på samma sätt som digitala möten i andra sammanhang: ”digital vård i hemmet”.

Avslutningsvis nämnde Thorn behoven av samverkan mellan öppen och sluten vård när det gäller den akuta vården. Hur denna bör se ut framkom inte.

Den högspecialiserade vårdens framtida utveckling

Tidigare sjukhusdirektören vid Sahlgrenska sjukhuset *Anne-Marie Wennberg* inledde med en framtidsbild: många svårt sjuka botas vilket leder till att fler behöver ytterligare vård längre fram. Ju bättre vården blir desto större blir behovet av ytterligare vård. Resultatet blir att färre ska ta hand om fler.

Men FOU som ger bättre resultat och fler som överlever innebär också att många behandlingar effektiviserats och för universitetssjukhuset är det forskning, utbildning och samverkan som utgör uppdraget. Universitetssjukhuset har också en

unik roll som både länssjukhus för göteborgarna, regionsjukhus för regionen och rikssjukhus för utvalda specialiteter.

Anna-Marie Wennberg berörde också Vårdkompetensrådet vars uppdrag är att se till att kompetensförsörjningen i landet fungerar. [1]

Begreppet task-shift innebär att arbetsuppgifter tas över av andra personer eller grupper i en organisation. Här menade Wennberg att den myckna tid som läkare lägger på uppgifter som andra kan ta över är ett klassiskt problem som behöver lösas för att få ut mer egentlig vård för pengarna.

Ett annat problem är bristen på kvalificerade handledare – konkret: det finns för få disputerade läkare. Sjukhuset har därför utformat en karriärstege som gjorts praktiskt genomförbar genom att fler tjänster på högre akademisk nivå inrättats. Karriärstegar finns för flera olika professioner. Bakom beslutet ligger kunskapen att bättre utbildning ger bättre vård och större inslag av akademisk miljö underlättar rekryteringen. I detta ligger också kontakter med Life Science som en viktig del av akademin. Tilläggas kan att ALF-utvärderingen av klinisk forskning under 2022 var den bästa i landet.

Även Anna-Marie Wennberg tog upp möjligheter med nya digitaliserade tekniker. Som exempel nämnde hon dermatoskopi – att från vårdcentralen skicka bilder på hudförändringar till specialist för snabb bedömning.

Politikens perspektiv

Helene Eliasson är Regionstyrelsens ordförande och har deltagit i den politiska processen under ett flertal år. I hennes erfarenheter ingår också yrkesarbete i omvårdnadssektorn.

Det är förvisso ett lagbrott att inte uppfylla vårdgarantin och det måste vara ett centralt mål. På samma tema som övriga talare varit inne på är balansen mellan uppdraget och finansieringen ett problem som bland annat avspeglas i tillgängligheten. VGR kan inte ha fler anställda. Om det inte räcker till måste man använda personalen bättre.

Hon menade dock att regionbildningen innebär möjligheter till effektivare processer genom samverkan över tidigare gränser. Tyvärr är samordningen mellan de olika delarna i regionen ännu inte ändamålsenlig. Det pågår för närvarande en politiskt styrd process för att samordna vården inom regionen ner på detaljnivå. Ett exempel är att köer till sjukhusvården bör vara gemensamma med en enda remissportal för hela regionen. För processen är ”Regiongemensamt” själva temat.

Fler äldre men friskare medborgare är en utmaning för ”Den nära vården”. Även i detta sammanhang är samverkan både med den slutna vården och den kommunala en nyckelfråga men gränssnitten är ännu i vägen.

[1] Ett område där staten gått in och kartlagt kompetensen i landet är patologin. Brister på patologer påverkar bl.a. vårdkedjan för cancervården.

På frågan om fristående vårdgivare svarade hon att all kapacitet behöver användas men att ansvaret i sista hand alltid finns kvar hos regionen.

Paneldiskussionen

Moderator för diskussionen var *Eva Eriksson*, Förbundsordförande SPF Seniorerna. I diskussionen deltog *Cecilia Dalman Eek* som är ordförande i den politiska styrelsen för SU samt föredragshållarna.

Eva Eriksson inledde med att vårdgarantin i enlighet med lagstiftningen måste upprätthållas. Om det inte lyckas kommer det att stödja idén på ett förstatligande av vården. Å andra sidan vore det bättre med 4–5 regioner. Årskostnaden för den svenska vården ligger på 614 miljarder, vilket är lika med 11% av BMP. Trots denna finansiering uppfyller man inte vårdgarantin även om vårdkvalitén verkar vara OK.

I VGR arbetar 47100 personer i vården; antalet politiker är 1100 politiker i 75 nämnder och utskott. Finns det ett gemensamt politiskt ansvar för vården?

Frågor från moderator och från publiken:

- Frågan om task-shift togs upp igen, kan apotekare, sjukgymnaster eller andra grupper ta över vissa uppgifter för att frigöra vårdpersonal? Svar: det görs redan där det passar in.
- Hur är det med kommunsamarbetet? Svar: gemensamma datasystem.
- Behövs alla politikerna? Svar: organisationen är en kompromiss baserad på många, långa diskussioner.
- Kan vårdpersonalen ta över med av besluten i sjukhuset? Svar: nej, professionen ska ta beslut som hör till rollen. Politiker ska hålla sig till sin roll.
- Hur ska man lösa budgetunderskottet? Svar: det fattas 6% av budgeten som måste tas över eller avvecklas. Styrelsen har bordlagt frågan. Det är inte aktuellt med uppsägning av personal. Naturlig avgång utan ersättare är metoden. Det är styrelsen som har ansvaret och tar besluten. – På sikt finns utrymme för effektiviseringar.
- Kan man flytta över kostnader till andra? Svar: nej, alla aktörerna finns inom regionen.
- Lever primärvården upp till sitt ansvar? Kan fler uppdrag överföras från sjukhus till närsjukvården? Måste leg sköterska sköta telefonen? Kan AT/ST i internmedicin delvis göras i primärvården? Svar: man gör om ansvarsområdena inom primärvården. Det har redan gjorts mycket task shift även i sjukhusvården. Alla arbetar på toppen av sin kompetens. Utbildningsfrågan äger inte regionen.

Sammanfattningar och kommentarer till symposiet:

(***Ingvar Karlberg):*** Nya metoder och åldrande befolkning med ökade medicinska behov ledde under 1980-talet till ökande köer till planerad vård. År 1987 fick landstingen ett riktat statsbidrag för att öka operationskapacitet. I samband med

detta utvecklades en modell för mätning av väntetider. Sådana mätningar är idag lagstadgade (9 kap HSL). Den första vårdgarantin infördes 1992 efter överenskommelse mellan Landstingsförbundet och regeringen i april 1991. En ”utvidgad vårdgaranti” tillkom 1 november 2005 med principen 0-7-90-90 (dagar för kontakt till resp. besök hos primärvården, till specialist efter remiss, till dag för behandling), den modell som med viss skärpning numera är lagstadgad.

Hur ser då företrädarna i symposiet på vårdgarantin som arbetsredskap? Inte särskilt allvarligt kan man tycka. Med tillfredsställelse kring 90 procent i befolkningsenkäter låter man sig nöja när det gäller just vårdgarantin som ju har fokus på den planerade vården; det blir i stället konkreta flaskhalsar som utgör incitament för utveckling och förändring. Obalans mellan de akuta och de planerade verksamheterna leder till att vårdgarantin inte kan uppfyllas. Botemedlen som beskrivs är ökad kompetens och nya metoder.

Universitetssjukhusets roll är tredelad som lokalsjukhus, regionsjukhus och rikssjukhus. En vision är att förhöjd professionell kompetens har positiva effekter på hela systemet och initiativ med ökad forskarutbildning ska bidra till den utvecklingen. I den tanken ligger bl.a. att forskning ska leda till nya metoder med kortare vårdtider och dagkirurgi och därmed lägre kostnader – och bättre resultat.

Primärvårdens roll är otydlig. Samtidigt som man har ansvar som första instans vill man minska trycket genom distanskonsultationer och egenvård, genom ökad samverkan med den kommunala vården liksom en mer strömlinjeformad samverkan med sjukhusvården, t.ex. regional remissportal. Frågan är om den starka tron på digitala lösningar kommer att anammas av äldre, sjuka personer där handpåläggning är en viktig del av konsultationen.

Ekonomi och finansiering styr på papperet verksamheten hos alla vårdgivare; i själva verket tycks de ekonomiska ramarna vara förhandlingsbara, men ytterligare uttaxering hos medborgarna i regionen får bedömas som en mindre trolig väg framåt. De 4000:- per person i uttaxering som nämndes inledningsvis behöver hämtas hem inom och inte utom hälso- och sjukvården. Svaret på symposiets grundfråga får i ett framtidsperspektiv bli strukturen; ekonomin är inte längre en framkomlig väg.

Ingvar Karlberg

Prof emeritus

(***Per-Olof Brogren):*** Föreläsarna underströk genomgående i sina anföranden vikten av effektiv kompetensförsörjning och strategiskt tänkande, bl.a. för att höja produktivitet/effektivitet, men också för att tygla en besvärande kostnadsutveckling.

Det gör det då inte lättare att vi har i det närmaste minst antal vårdplatser i världen samtidigt som sjukvården i Sverige (och regionen) kännetecknas av en dåligt

dimensionerad primärvård med få allmänläkare. Ytterligare en försvårande omständighet är det faktum att Sverige är nästan det enda landet i Europa som saknar obligatorisk vidareutbildning av specialistläkare. Endast Portugal och Malta gör oss sällskap.

Det stora problemet är emellertid att utbudet av hälso- och sjukvård hotar att minska, inte främst av ekonomiska restriktioner, utan på grund av ett snabbt växande rekryteringsproblem för sjukvården och äldreomsorgen.

För att bara kompensera för pensionsavgångar och demografiska konsekvenser behöver hälso- och sjukvården rekrytera 85 000 personer under perioden 2021- 2031 och äldreomsorgen 110 000 personer, eller tillsammans omkring 200 000 personer, inklusive privata utförare. Denna siffra kompenserar inte för de ökande vårdköerna utan motsvarar endast nu aktuell ”nivå/kvalitet”.

Men kruxet är att antalet sysselsatta på arbetsmarknaden som helhet (!) beräknas öka med endast 169 000 personer under perioden 2021-2031.

Detta innebär att äldreomsorgen och sjukvården skall konkurrera om dessa 169 000 personer med andra sektorer i samhället, till exempel skola, rättsvårdande myndigheter, försvar och näringslivet.

Det är mot den bakgrunden man kunde ana att ett flertal deltagare menade att den politiska strategin att nu avveckla personal i stor skala för att bekämpa budgetunderskottet kan vara kortsiktig och riskfylld. Även om det inte är fråga om uppsägning.

Per-Olof Brogren

Fd planeringschef och sjukhusdirektör

Efterföljande paneldebatt under ledning av Eva Eriksson. Från vä Cecilia Dalman Eek, Helen Eliasson, Jörgen Thorn, och Ann-Marie Wennberg Larkö