

Sluta mäta köer – mät istället det som gjorts!

Bakgrund

Under 1980-talet ökade de medicinska möjligheterna, samtidigt blev medellivslängden längre och därmed ökade vårdbehoven. Som exempel kan nämnas hjärtkirurgi där 80 procent av patienterna under 1980-talet var yngre än 65, idag är förhållandet det omvända. Tillståndet i Sverige var inte unikt. Metodutveckling sker internationellt och medellivslängden har ökat i hela Västeuropa. Enligt Europarådet uppstår obalans mellan efterfrågan och tillgänglighet till sjukvård p.g.a.

- ökad prevalens
- ökad incidens
- ökade förväntningar
- nya metoder
- administrativa problem och bristande logistik
- medicinsk praxis
- begränsade resurser

I Sverige satsade staten 1987 ett öronmärkt statsbidrag till landstingen för att öka kapaciteten för operation vid grå starr, höftledsartros och kranskärlssjukdom. I detta sammanhang började man registrera *förväntade* väntetider, det fanns vid denna tidpunkt ingen uppföljning av *verkliga* väntetider.

I samband med förändrade regler i sjukförsäkringen den s.k. Dagmar-överenskommelsen 1984 avsattes pengar till särskilda insatser. "Dagmar 50" från 1990 var ett sådant där socialdepartementet, socialstyrelsen, Landstingsförbundet och SPRI samverkade för att kartlägga vårdens tillgänglighet och komma med förslag till förbättring. En idé gällde utfästelser om tillgänglighet s.k. vårdgarantier vilken varken var ny eller unik, den hade redan testats och införts i flera närliggande länder bl.a. i Norge 1990 och inom NHS 1991 och kom senare i Danmark 1993. Ingen av dessa var generell, det vill säga garantierna gällde bara vissa medicinska åtgärder eller diagnoser.

Våren 1991 presenterade den svenska regeringen ett förslag till vårdgaranti. Denna kom att omfatta tolv namngivna behandlingar eller medicinska områden. Ett extra statsbidrag om en halv miljard till landstingen skulle stimulera genomförandet. Socialstyrelsen utformade med hjälp av expertgrupper från vården nationellt accepterade indikationer i tre angelägenhetsgrader, varav grupp ett och två - "förtursfall" - omfattades av vårdgarantin. Denna kunde därmed differentieras byggt på medicinska behov.

1992 års nationella vårdgaranti fortsatte att tillämpas i landstingen dock utan extra statsbidrag. År 1997 tillkom en ny överenskommelse där det numera klassiska målet infördes: 1/7/90/90 dagar d.v.s. maximal väntetid för kontakt/remiss/bedömning/behandling. För detta avtal utgick också årliga statsbidrag som var i storleksordningen en eller två miljarder, vilket motsvarade mindre än en procent av den samlade kostnaden för hälso- och sjukvården, men som flaggades intensivt som valflask:"kömiljarden".

En viktig del av vårdgarantiprocessen 1992 var att landstingen för att få statsbidrag blev skyldiga att ta emot sökande även från andra landsting än det egna. Enligt ny överenskommelsen från 2005 blev landstingen också skyldiga att erbjuda väntande som passerat tidsgränsen hjälp till vård hos annan vårdgivare – offentligt eller fristående - inom eller utom det egna landstinget. Staten står för

kostnaderna för behandling utomlands som motsvarar det som skulle ha gjort i Sverige för sökande som står i kö och vars behov således är bedömda.

Tillgängligheten till sjukvård förbättrades, men till följd av den demografiska utvecklingen och införandet av nya medicinska metoder försvann inte köerna. Eftersom tillgängligheten bedömdes efter kötiden – i stället för efter produktionen - ingrep staten åter, nu med en förordning till hälso- och sjukvårdslagen (2010:349) om vårdgaranti. Den hade det ovan nämnda klassiska målet 1/7/90/90 dagar. Den ersattes av en ny förordning (2017:80) som i avseende på vårdgaranti hade samma innehåll. Detta var förordningar och till yttermera visso spikades mantrat även i en särskild lag 2018 (2018:554).

Vårdgarantierna hade många baksidor. Mest flagrant är att den av riksdagen antagna prioriteringsprincipen (HSL 3:1) baserad på behov av vård fått stå tillbaka för tillgänglighetskraven. Statsbidraget har slagit ut behov som inte omfattas av köreglementet. I andra länder t.ex. i Norge med liknande modell som den svenska har samma undanträngningseffekter uppstått.

Dagsläget

Upprepade mätningar av tillgängligheten till specialistvård visar att landstingen/regionerna endast i undantagsfall fullt ut lever upp till det som lagstiftningen kräver. Ingen har ännu blivit lagförd, däremot har flera nya kraftfulla slag i luften utdelats. Det senaste är att staten hotat att backa utvecklingen till före 1928 och ta tillbaka ansvaret för hälso- och sjukvården.

Varför uppfylls inte tillgänglighetsmålen? För att svara på frågan måste man gå tillbaka i befolkningen och till vårdkedjan. Inflödet av nya patienter styrs av den underliggande befolkningens storlek, hälsoläge, åldersfördelning och förväntningar, geografin, den kultur som styr förväntningar liksom de upplevda och reella medicinska behoven och inte minst den medicinska kultur och kapacitet som råder vid de institutioner som är inblandade i processen: vårdkedjan. Här finns ingen enkel, generell formel. Om vårdmetoder och vårdtid är standardiserade och produktionen konstant samtidigt som inflödet ökar skapas köer. Vill man minska köerna skärper man indikationerna för behandling.

Systemets övergripande mål är inte att hålla korta väntetider, vilket lagstiftningen tyder på, det är att ge befolkningen relevant hälso- och sjukvård. För att bedöma och värdera om det sker måste givetvis *utfallet* studeras och analyseras, inte väntetiderna! Ett sätt är att se på jämförelsetal: hur många i den befolkning som man ansvarar för har fått en viss behandling i jämförelse med ett liknande upptagsområde inom och utom landet? Internationella jämförelser finns redan i Eurostat.

Det är för de planerade behandlingarna som vårdgarantierna gäller. Hit hör t.ex. proteskirurgi inom ortopedin. Måttet på god vård är hur många (per ålder, kön etc.) som fått behandling jämfört med hos en annan vårdgivare. I en sådan värdering ingår hela vårdkedjan: initial bedömning, remiss, utredning och behandling. Om färre får behandling än som ges i jämförbart område kan det bero på brister i vårdkedjan eller skillnader i tillämpade indikationer för behandling. Om fler ges behandling än i jämförbara områden kan indikationerna behöva ses över.

Slutsats

Mätningar av väntetider för planerade behandlingar i sjukvården kan användas för den enskilda verksamhetens interna kvalitetskontroll. Siffran är ointressant för andra och duger inte som jämförelsetal mellan vårdgivare. Istället bör den egentliga tillgängligheten mätas d.v.s. hur många som fått en viss planerbar behandling i jämförelse med liknande verksamheter och relaterat till befolkningens sammansättning. Det nu aktuella regelverket speglar politisk och teknokratisk inkompetens och bör ersättas med relevanta mål för hälso- och sjukvården.