



TIMBRO

Vårdköer och väntetider

En kritisk granskning av landstingens
insatser för en bättre tillgänglighet

Johan Ingerö

TIMBRO • Mars 2018

Om författaren

JOHAN INGERÖ är programansvarig för välfärdsfrågor på Timbro.

© Författaren och Timbro 2018
www.timbro.se
info@timbro.se

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	4
EN BAKGRUND TILL DEN NATIONELLA VÅRDGARANTIN	5
VAD INNEBÄR DEN NATIONELLA VÅRDGARANTIN?	6
UTVECKLINGEN AV VÄNTETIDER	7
HUR LÄNGE VÄNTAR SVENSKA PATIENTER PÅ PLANERAD VÅRD?	9
ÄR DET MÖJLIGT ATT MÄTA FAKTISKA VÄNTETIDER?	12
DEN OFFENTLIGA SJUKVÅRDENS OFÖRMÅGA LÖSA VÄNTETIDSPROBLEMATIKEN	14
SVERIGE KAN LÄRA AV SINA EUROPEISKA GRANNAR	17
SLUTSATSER	19
FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER	22
KÄLLFÖRTECKNING	25

SAMMANFATTNING

Politiska beslutsfattare på statlig och regional nivå ägnar tid och kraft åt att försvara vårt hälso- och sjukvårdssystem med självstyrande landsting. Dessa makthavare beskriver vården som god, med hög medicinsk kvalitet. Samtidigt nedgraderas problem och brister i den svenska sjukvården som verkligen förtjänar kritik och reformer. Debatten om problemen i sjukvården leder därför sällan till någon verklig förändring.

Det förmodligen enskilt största – och mest underskattade – problemet inom hälso- och sjukvården är tillgängligheten och vårdköerna. Resultaten har varit under all kritik under decennierna. Under samma tidsperiod har staten och landstingen lagt miljardbelopp på att komma till rätta med väntetiderna. Åtgärderna har i bästa fall visat sig ge kortsiktiga förbättringar. I regel återgår väntetiderna snart till sitt egentliga och deprimerande normalläge. Landstingen och regionerna står mer eller mindre handfallna inför detta systemfel.

I den här rapporten visar vi att det svenska misslyckandet har gömts undan i bristfälliga uppföljningssystem och en vårdgaranti som inte är värd namnet. Det långa väntetiderna är inte längre bara ett av flera kvalitetsproblem, situationen är ett uppenbart hot mot sjukvårdssystemets legitimitet.

Mer av samma åtgärder – utökade statliga stöd – kan inte längre vara det recept som ska skrivas ut. Till att börja med kan vi utveckla de systemförändringar som har fråntagit landstingen ansvar, minskat detaljstyrningen och låtit privata utförare träda in i landstingens ställe. Vårdvalsreformerna inom primärvården och specialistvården har gett en bättre tillgänglighet, inte bara tillfälligt utan också över tid. Konkurrens och valfrihet är metoder som, rätt utformade, bidrar till en bättre tillgänglighet.

Men det räcker inte. Den gäller att förändra den grundläggande problematiken: vi har politiska styrda landsting som från sitt koncernperspektiv ständigt misslyckas med att skapa innovation och utveckla den verksamhet för vilken de bär ansvaret. Sverige behöver därför även reformer som riktar in sig på systemets grundläggande struktur – hur sjukvården finansieras, styrs, ersätts och regleras. Flera omgivande länder i Europa har genomfört intressanta och i många fall framgångsrika strukturreformer, medan vi i Sverige, trots vissa försök, har misslyckats med att ändra i sjukvårdssystemets grundläggande strukturer under de senaste tjugo åren. Det är dags att inse fakta: om vi ska kunna få bort väntetider och vårdköer krävs stora systemreformer.

- Förändra därför grunden för landstingens politiska maktutövning – beskattningsrätten – och inför helt eller delvis ett premie- och försäkringsbaserat hälso- och sjukvårdssystem. Utförare av hälso- och sjukvårdsinsatser kan vara fristående ideella, privata och statligt ägda sjukhus och vårdgivare i öppen specialiserad vård.
- Skapa en primärvård värd namnet. Grundproblemet är att det saknas allmänläkare som vill arbeta i primärvården. Primärvårdsläkarna behöver ges bättre ekonomiska och verksamhetsmässiga villkor än i sjukhusvården. Upprätta ersättningssystem som premierar kontinuitet, koordinering och dygnet-runt ansvar.
- I väntan på de större reformerna: fortsätt utveckla valfriheten för patienterna när det gäller slutna vård. För patienter som vill ha vård snabbare än idag finns möjligheten att välja öppen specialiserad vård i andra landsting än det egna. Det är dags att ta nästa steg och ge patienterna rätt att välja vård, både öppen och slutna vård, i andra landsting.
- Utveckla också vårdvalen i specialistvården. Vårdval inom specialistvården bör göras obligatoriska för landstingen, så länge landstingen ansvarar för sjukvården.

INLEDNING

Den svenska hälso- och sjukvårdsdebatten har under decennier lidit av en lågfrekvent vårdkris. I tidningar och nyhetssändningar förekommer med jämna mellanrum rapporter om bristande kvalitet, missnöje och rekryteringsproblem. Den negativa bilden av hälso- och sjukvårdens prestationer är dock kanske inte fullt så entydig som TV- och tidningsläsning normalt ger vid handen.

Systemets försvarare – inte minst landsting och regioner – pekar på goda medicinska resultat och en tillgång till vården som bygger på en solidarisk finansiering. Resultaten har åtminstone historiskt uppnåtts med begränsade resurser, det vill säga hög ekonomisk effektivitet.

Under senare år har internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdssystem blivit vanligare och mer pålitliga. Dessa jämförelser har ökat kunskaperna om problemen i den svenska sjukvården. Det står till exempel numera klart att Sverige inte lever upp till den nivå som många andra jämförbara länder gör när det gäller information, delaktighet och samordning.

Men det område som mer än något annat ger en tveksam bild av den svenska hälso- och sjukvården är långa väntetider och vårdköer. Analysföretaget Health Consumer Powerhouse hävdar att svenska patienter väntar längst av alla patienter i Europa, tillsammans med Irland och Polen. Här finns dessutom anledning att anta att omfattningen av väntetidsproblemet i den svenska hälso- och sjukvården har underskattats.

Denna rapport granskar väntetiderna i den svenska hälso- och sjukvården, och den vårdgaranti som ställts ut till svenska patienter, och som sedan 2010 finns reglerad i lag. I den följande framställningen tittar vi närmare på den statistik, de system och regelverk som riggats för att följa väntetiderna i vården och garantera patienter vård i tid. Rapporten försöker också ge ett svar på varför insatserna för att komma till rätta med den bristande tillgängligheten inte når hela vägen fram. Avslutningsvis ges ett antal reformförslag på hur obalanserna i vårdsystemet kan åtgärdas.

EN BAKGRUND TILL DEN NATIONELLA VÅRDGARANTIN

Väntetider i vården har debatterats åtminstone sedan mitten av 1980-talet. Problemen med vårdköer är ett långvarigt bekymmer inom den svenska hälso- och sjukvården. En första vårdgaranti infördes 1992 i form av en behandlingsgaranti som omfattade tolv behandlingar, där väntetiderna var särskilt långa. Fyra år senare kompletterades behandlingsgarantin med en besöksgaranti till primärvården och specialistvården¹.

Den så kallade Dagmaröverenskommelsen 1998 innebar att dåvarande Landstingsförbundet (idag SKL) fick ansvaret för att utveckla en nationell väntetidsuppföljning och databas. Under senare delen av 1990-talet och i inledningen av 2000-talet diskuterades och reviderades vårdgarantin, för att under 2005 anta formen av en nationell vårdgaranti. Vårdgarantin byggde på en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Parallellt med tillkomsten av den nationella vårdgarantin beslutades också om stora statliga resurstillskott för att minska väntetiderna.

2010 beslutade riksdagen att vårdgarantin skulle regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Samma år fick Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga väntetider i cancervården och vid landets sjukhusbundna akutmottagningar². Alliansregeringens åtgärder (kömiljard och lagreglerad vårdgaranti) gav inledningsvis goda resultat och satte fokus på problematiken med väntetider.

Alliansregeringen lade ett väsentligt starkare fokus på uppföljning och resultat än tidigare regeringar. I slutet av 2008 infördes den så kallade kömiljarden inom ramen för en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Kömiljarden belönade bland annat landsting som klarade att möta vissa på förhand uppställda målsättningar för maximala väntetider. Socialstyrelsen fick under åren 2009–2012 sex större regeringsuppdrag för att följa patientens väg genom vården och utveckla tillgängligheten inom sjukvården.

2015 avskaffades dock kömiljarden av den nytilträdde rödgröna regeringen. Kömiljarden ersattes av en tillgänglighets- och samordningsmiljard, utan de prestationsbaserade inslag som funnits tidigare. Från och med 2016 utgår inga statliga medel för att specifikt arbeta ner väntetider och vårdköer.

¹ Socialstyrelsen 2009, sid 9 f.

² Socialstyrelsen, 2016, sid 10

VAD INNEBÄR DEN NATIONELLA VÅRDGARANTIN?

Begreppet vårdgaranti betyder underförstått en garanti om planerad vård i tid. Men närmare besett finns egentligen inget sådant löfte till svenska patienter. Förklaringen är vårdgarantins konstruktion:

Garantins tidsgränser brukar sammanfattas i sifferserien 0-7-90-90. Det ska i praktiken innebära 0 dagars väntan på telefonkontakt med primärvården, maximalt sju dagars väntan på besök hos primärvårdsläkare, maximalt 90 dagars väntan på besök hos specialist (från och med remissdatum), och slutligen maximalt 90 dagars väntan på behandling/operation (från och med beslutsdatum om behandling).

För planerad vård som inte bedöms som medicinskt akut kan alltså svenska patienter få vänta över ett halvår (187 dagar) på att få sin vård, och ändå anses ha fått sin vård inom en rimlig tid.

Även om det låter som löfte som borde kunna hållas, givet de väl tilltagna tidsgränserna, så kan patienten behöva räkna med en betydligt längre väntan. Anledningen är att vårdgarantin inte alls garanterar en längsta väntetid inom ramen för en sammanhängande vårdepisod.

Vårdgarantin utlovar nämligen ingen tidsgräns för utredning, kontroller, remisser, vidareremittering och beslut om behandling och operation. Dessa moment kan dessutom förekomma både inom primärvård och specialistvård. Inte heller återbesök och uppföljning efter en genomgången behandling ingår i vårdgarantin (även om tiden till återbesök numera mäts summariskt inom SKL:s väntetidsdatabas)³. Inget av dessa ovanstående moment i vårdkedjan ingår alltså i den lagreglerade vårdgarantin.

Olika former av vårdgarantier har introducerats i flera andra länder under 2000-talet. Det kan vara värt att ställa Sveriges 187 dagar mot regelverken i jämförbara länder. Danmarks vårdgaranti innebär till exempel att det finns en utredningsgaranti som anger att en utredning eller plan för utredning ska erbjudas inom 30 dagar. För behandling gäller därefter en differentierad vårdgaranti som anger att högt prioriterade patienter ska behandlas inom 30 dagar. För övriga patienter gäller maximalt 60 dagars väntan⁴.

I Nederländerna gäller fyra veckor för besök i specialist- och sjukhusvården samt maximalt sju veckors väntetid på behandling⁵. I flera europeiska länder finns för övrigt inga vårdgarantier eftersom väntetiderna i vården generellt är korta, dit hör bland annat Tyskland, Belgien och Frankrike.

För de hundratusentals svenska patienter som står i en vårdkö och väntar på planerad vård ska garantin utgöra en trygghet och ett löfte. Men det är ett irriterande faktum att ingen huvudman eller myndighet redovisar hur länge svenska patienter egentligen väntar på planerad vård. Ett viktigt syfte med vårdgarantin är att skapa legitimitet för hälso- och sjukvården ur ett medborgarperspektiv. Men garantins konstruktion är mer av bländverk än löfte, där den otydliga ansatsen skymmer luckor i vårdkedjan och bristfällig uppföljning.

³ Vårdanalys 2015, sid 25.

⁴ Vårdanalys 2015 sid 26

⁵ Health system in transition vol 18 no. 2 2016 Netherland Health system review, sid. 27.

UTVECKLINGEN AV VÄNTETIDER

Utvecklingen av väntetiderna – enligt den tillgängliga statistiken – uppvisar sedan några år tillbaka en negativ trend. För närvarande (oktober 2017) får endast 62 procent av patienterna en operation eller behandling inom 90 dagar (från och med remissdatum). 72 procent av patienterna kan räkna med att få ett besök i specialiserad vård inom 90 dagar (från och med beslutsdatum).

Variationerna mellan landsting och regioner är betydande. I mars 2017 kunde till exempel Östergötlands läns landsting ge 98,6 procent av patienterna en höftprotesoperation inom 90 dagar, medan Västerbottens läns landsting inte maktade med mer än 31,5 procent av sina patienter inom samma tidsrymd. Statistiken för genomförda knäprotesoperationer visar vid samma tidpunkt att Örebro län klarade av att ge 97,2 procent av sina patienter i tid. Västmanlands läns landsting klarade endast 3,7 procent och Region Jämtland Härjedalen 8,3 procent⁶.

Det är alltså inte ovanligt med rena sammanbrott i tillgängligheten i vissa landsting och inom vissa operationstyper. I Jämtland/Härjedalen får för närvarande endast 18,7 procent av behövande patienter en operation för gråstarr inom 90 dagar. I Sörmland – för att ta ett sista exempel – klarar man inte av att ge mer än 33 procent av patienterna en operation inom 90 dagar inom kärnkirurgisk vård⁷.

Inom cancervården finns särskilda indikatorer med så kallade målnivåer som visar hur länge patienterna ska behöva vänta på besök eller åtgärd. Spännvidden är här mycket stor, vilket också föranlett ett särskilt utvecklingsarbete med så kallade standardiserade vårdförlopp (mer om det nedan).

Cancervårdens resultat är i dagsläget allt annat än godkända. För att ta några få exempel: Bara knappt åtta procent av männen i Västerbotten med misstänkt prostatacancer som fått nybesök på specialistklinik inom 14 dagar efter remissankomst (målnivå: 90 procent). I Skåne har bara 11,6 procent av primärt opererade patienter med njurcancer väntat sex veckor eller kortare (målnivån) från remiss till operation⁸.

Det är ett intressant faktum att patienterna själva uppfattar att tillgängligheten till sjukhusvården är betydligt sämre än den bild som SKL:s väntetidsstatistik visar. Enligt den så kallade Vårdbarometern från 2015 instämde bara 39 procent av de tillfrågade helt eller delvis i påståendet att väntetiderna till sjukhus är rimliga⁹.

Vi vet samtidigt att andelen i befolkningen som anser att hälso- och sjukvården fungerar bra har minskat under de senaste åren. Endast en tredjedel tycker att systemet fungerar bra, vilket är en minskning med 13 procentenheter sedan 2010¹⁰. Frågan är hur stor inverkan den bristande tillgängligheten har på förtroendet.

En annan förklaring till de fallande resultaten är kanske inte bara landstingens måluppfyllelse inom ramen för garantins tidsgränser. Myndigheten Vårdanalys har i sin uppföljning kunnat konstatera att landstingen i många fall ger otillräcklig information och bristande stöd till patienter som inte får vård inom vårdgarantins gränser.

Den allmänna informationen på landstingens egna webbplatser är i regel funktionell och lättillgänglig. Men i den stund patienten behöver individuellt anpassad information (när tidsgränserna riskerar att överskridas) så läggs ett stort ansvar på den enskilde att själv kontakta vårdgivaren. Patienter som i den situationen saknar förmåga att ta egna initiativ riskerar att

⁶ Vårdenisiffror.se, juli 2017.

⁷ Vårdenisiffror.se, 170803

⁸ Vårdenisiffror.se 170803

⁹ Vårdbarometerns årsrapport 2015, sid 21

¹⁰ Vårdanalys, analysplan 2017 sid 21

gå miste om en snabbare vård. Även i detta sammanhang finns dock skillnader mellan landstingen¹¹.

Det är närmast obegripligt att de långa väntetiderna inte tar en ännu större plats i den sjukvårdspolitiska debatten i Sverige. Patienter drabbas inte sällan av ett onödigt lidande. Men det verkar ha skett en allmän tillvänjning vid vårdköerna. Den allmänna bilden tycks vara att vårdköerna är irriterande och plågsamma, men att det inte går att göra så mycket åt dem.

På några års sikt kommer dock utvecklingen att komma i fatt debatten. Myndigheten Vårdanalys har nyligen via egna analyser konstaterat att både andelen och antalet patienter som väntar på vård ökar. Om den negativa ”köbalansen” mellan inflödet och utflödet av patienter fortsätter, så kommer omkring 330 000 personer att vänta på besök och omkring 137 000 personer på operation i slutet av 2019. Vårdanalys pekar också på att dessa siffror kan vara i underkant eftersom produktiviteten i dagsläget minskar både vad gäller operationer och besök¹².

De medicinska riskerna med långa väntetiderna har inte uppmärksamrats i den utsträckning som situationen borde föranleda. Det är uppenbart att patienters psykiska och fysiska hälsa i många fall riskerar att försämrats ytterligare vid långa väntetider. Men fokus i debatten har mer handlat om de varningar om undanträngning av mer behövande patienter som vårdgarantins krav påstås kunna ge upphov till.

Slutligen har inte de samhällsekonomiska kostnaderna belysts i den omfattning som vore påkallat. Men vi kan vara säkra på att sådana uppstår när vanligtvis produktiva personer tvingas vänta på vård och behandling. Ur ett systemperspektiv påverkas också hälso- och sjukvårdens funktionssätt, när stora resurser går åt att administrera vårdköer.

¹¹ Vårdanalys 2015:5 sid 12

¹² Vårdanalys 2017, sid. 99

HUR LÄNGE VÄNTAR SVENSKA PATIENTER PÅ PLANERAD VÅRD?

Som nämndes inledningsvis är begreppet vårdgaranti knappast att betrakta som ett komplett löfte eller utfästelse om att få alla delar av sin vård i tid. Men det är inte bara själva garanti-konstruktionen som kan ifrågasättas. Även uppföljningen och den statistik som används för att mäta måluppfyllelsen lämnar en hel del övrigt att önska.

Myndigheten Vårdanalys har analyserat den nationella vårdgarantin i rapporterna – Varierande väntan på vård (2015) och Löftesfri garanti (2017). Rapporterna pekar på flera brister i SKL:s väntetidsdatabas. Myndigheten konstaterar att uppföljningen av primärvårdens tillgänglighet endast sker vid två hållpunkter under året med ”uppenbara och välkända” risker för att verksamheterna har bättre tillgänglighet just då mätningarna görs¹³. Här har det dock skett en utveckling sedan Vårdanalys skrev sin första rapport och numera rapporterar sexton landsting tillgängligheten per månad via automatiserade överföringar. Men stora landsting som Skåne, Stockholm och Västra Götaland rapporterar fortfarande manuellt¹⁴.

Vårdanalys tar också upp att det är oklart hur stor del av hälso- och sjukvårdens insatser som ingår i databasen. I nuläget rapporteras 26 områden för besök och 77 olika operationer. Databasen innehåller i princip nästan uteslutande kirurgiska behandlingar, trots att vårdgarantin självklart gäller även för andra typer av behandlingar.

Inom området psykiatrisk behandling finns ingen officiell statistik på ww.vantetider.se, och det finns ingen heltäckande data över hur väntetiderna se ut, annat än för tid till första besök. Men Socialstyrelsen har följt upp väntetiderna till öppen psykiatrisk behandling inom ramen för sitt regeringsuppdrag (genom en patientenkätundersökning), och där kunde myndigheten konstatera att 62 procent av 105 respondenter upplevde att deras hälsotillstånd försämrats på grund av att de har behövt vänta på att få träffa en vårdgivare¹⁵.

Vi vet mycket litet om väntetiderna till olika behandlingar, bland annat beroende på att de metodologiska svårigheterna är ännu större än vid operationer. Socialstyrelsen har dock ganska nyligen försökt att mäta väntetiderna vid kroniska sjukdomar och tillstånd. Genom att samarbeta med fjorton nationella kvalitetsregister, har myndigheten tagit fram exempel på medianväntetider som redovisas i registren. Resultaten visar på stora variationer men också långa väntetider för vissa diagnoser.

Medianväntetiden från symtom till diagnos vid tidig ledgångsreumatism anges exempelvis till 154 dagar. Från remiss till diagnostisk undersökning vid obstruktiv sömnapné kan patienten räkna med en medianväntetid på 90 dagar¹⁶. Antalet dagar (median) från utredningsstart till diagnos i specialistvård vid demenssjukdom uppgick år 2015 till 57 dagar. Men medianen i Region Kronoberg var 168,5 dagar, 25,5 dagar i Landstinget Sörmland och 0 dagar i Region Gävleborg (vilket måste innebära mätfel eller att landstinget inte anser sig behöva ytterligare undersökningar för att ställa diagnos)¹⁷. Resultaten visar att väntetiderna är ett problem även när det gäller behandling av kroniska sjukdomar.

Väntetidsdatabasen saknar vidare information om så kallad huvuddiagnos för patienterna. Det försvårar möjligheterna att säga någonting om väntetiderna för olika patientgrupper. Vårdanalys exemplifierar med cancerpatienter som inte sällan vårdas på en rad olika kliniker under sin vårdprocess.

¹³ Vårdanalys 2015, sid 145

¹⁴ SOU 2017:53, sid. 90

¹⁵ Socialstyrelsen 2016, sid 64

¹⁶ Socialstyrelsen 2017, sid 8.

¹⁷ Socialstyrelsen 2017, sid 25.

Det finns dessutom ingen oberoende och extern granskning av den statistik som landstingen tillhandahåller. Rutinerna för inrapportering och sammanställning är heller inte särskilt transparenta för utomstående bedömare. Landstingen sitter på mer detaljerad information, än den som redovisas på www.vantetider.se¹⁸.

Väntetidsstatistiken medger heller ingen sammankoppling med patientregistret. Systemet går därmed miste om en möjlighet att analysera väntetidernas koppling till antalet besök på en klinik och medicinskt utfall.

Intrycket av väntetidsstatistiken, såsom den presenteras offentligt, är att den högst medvetet har ett påtagligt produktionsperspektiv och mycket mindre av ett patientperspektiv. På hemsidan sägs att ”statistiken är främst riktad till beslutsfattare och utövare inom hälso- och sjukvård, politiker och samhällsbevakare”. Varför är inte medborgare och patienter en utpekad och därmed viktig målgrupp för statistiken?

Efter denna redovisning och denna bakgrund så måste man ställa sig frågan vilket värde statistiken egentligen tillför. Aggregerade tendenser över tid går att följa, men enskilda vårdepisoder från första besök till återbesök efter genomförd åtgärd är omöjligt att få närmare information om. På frågan ”Hur länge väntar svenska patienter på vård?” ges inget fullständigt svar.

Det ska sägas att viss utveckling av databasen sker kontinuerligt, exempelvis rapporterar numera sexton landsting det antal dagar en patient har väntat på besök respektive behandling. Någon aggregerad nationell uppföljning låter sig dock inte göras eftersom flera landsting inte rapporterar.¹⁹ Dessutom kvarstår grundproblemet: möjligheten att följa total väntetid, patienternas behov/diagnoser och hela vårdepisoder finns fortfarande inte inom ramen för nuvarande system.

Analysföretaget Health Consumer Powerhouse (HCP) har för sin del bilden klar över den svenska situationen med väntetider. HCP tar fram ett index som rankar europeiska sjukvårdssystem (EHCI). För 2016 hamnade Sverige på 12:e plats bland 35 jämförda länder. Våra behandlingsresultat är alltså goda, men Sveriges placering påverkas starkt av väntetidsproblematiken. Vi har enligt HCP sämst väntetider i Europa tillsammans med Irland och Polen²⁰. Ändå tillhör vi toppen i Europa när det gäller sjukvårdskostnader per capita (bara Norge, Schweiz och Luxemburg ligger före).

HCP har jämfört tillgängligheten till sjukvård med sjukvårdskostnader per capita bland europeiska länder. Jämförelsen visar att kostnader och tillgänglighet inte är korrelerade, dvs. höga sjukvårdskostnader innebär inte kortare köer.

OECD har granskat väntetiderna i medlemsländerna inom ramen för flera rapporter, varav den senaste (2013) innehåller intressanta slutsatser. Nederländerna och Danmark har kortast väntetider. Finland har lyckats korta sina väntetider med en rad policyförändringar åren innan granskningen genomfördes.

Genomgången av Sverige är – precis som i fallet med den officiella statistiken – relativt tunn och summarisk. Sverige omnämns inte ens i OECD:s samlade helhetsbedömning. Skälet är att Sverige endast har bidragit med data för fyra behandlingar under två år (där resultaten framstår som relativt goda). OECD:s rapportförfattare försöker beräkna hur länge svenska patienter väntar men tvingas konstatera att:

”we do not know the exact waiting time for any patient, and we therefore only give an estimated number for the median, as we cannot compute either the mean or the median exactly”²¹.

¹⁸ Vårdanalys 2015, sid 146

¹⁹ Vårdanalys 2017, sid. 43 f.

²⁰ Health Consumer Powerhouse 2016, sid. 7

²¹ OECD Health Working Papers, No 67, sid 36

På OECD:s statistikdatabas finns nationell statistik över väntetider till vården i de europeiska länderna. Men de svenska väntetiderna finns endast i mycket begränsad utsträckning med i OECD:s databaser. Ett fåtal diagnoser redovisas, och där är resultaten relativt goda. Hur kan det komma sig att Sverige – som under decennier satsat miljardbelopp för att utveckla väntetidsstatistiken – inte kan prestera bättre?

Men om det nu inte är möjligt att få uppgifter om de totala väntetiderna så kanske det går att uppskatta den totala väntetiden med hjälp av befintliga uppgifter? Efter att OECD:s rapport presenterades kom regeringen och SKL överens om att landstingen skulle redovisa ledtider för elva typer av röntgen- och neurofysiologiska undersökning (inom ramen för överenskommelsen för kömiljarden 2013). Mätningarna visade på stora regionala skillnader men också på stora spannen mellan hur länge patienterna faktiskt fick vänta på undersökningar²².

Resultaten för 2015 visade att ledtiderna för undersökningar mycket väl kan påverka väntetiderna negativt: Medianväntetiden för magnetkameraundersökning uppgick exempelvis till 40 dagar. För datortomografi 25 dagar, för arbets-EKG 38 dagar, ultraljud 40 dagar och för lungfunktionstest 36 dagar. Ledtiden omfattar beslut om vårdbegäran till skickat svar på resultat. SKL redovisar dessa undersökningar på www.vantetider.se. Den senaste statistiken (för 2016) visar i några fall en viss förbättring men uppgifterna bygger i flera fall på ett litet urval (flera landsting förefaller inte kunna lämna kompletta uppgifter).

Dessa ledtider kan inte rakt av adderas till övriga uppmätta väntetider, eftersom undersökningarna kan ske mer eller mindre parallellt med väntan på operation/behandling. Å andra sidan är mätpunkten ”skickat svar på resultat” ingen garanti om en fortsatt och omedelbar handläggning från mottagande klinik/vårdgivares sida. Slutsatsen är alltså att vi inte kan beräkna eller närmare avgöra total medel- och medianväntetid. Men de uppgifter vi ändå har antyder att patienter väntar längre på planerad vård än vad den officiella statistiken visar.

²² SKL 2016, sid 42 f.

ÄR DET MÖJLIGT ATT MÄTA FAKTISKA VÄNTETIDER?

SKL publicerade 2016 en sammanfattning och genomgång av landstingens arbete för att korta väntetiderna till vården ("Väntetider och vårdgarantier – vad är det som är så svårt"). Ett stort antal åtgärder och initiativ redovisas under de mer än tjugo år som SKL har haft huvudansvaret för uppföljning och förbättringsarbete.

SKL:s publikation tar upp de svårigheter som landstingen och regionerna haft med att följa en hel vårdprocess. Intresseorganisationen har rätt i att det krävs avgränsningar och definitioner, och säkerligen behövs ytterligare investeringar i IT- och uppföljningssystem. Men tiden som huvudmännen haft till förfogande talar sitt tydliga språk. Man har inte lyckats korta vårdköerna och man har inte lyckats rigga ett system för uppföljning som håller måttet. SKL:s argumentation bärs också av en del svaga argument.

Inte minst framför SKL att "i många fall är inte tiden mellan behandlingarna att anse som väntetid utan som en nödvändig ledtid innan beslut kan fattas om eventuella fortsatta åtgärder"²³. Nog kan det finnas en viss sanning i detta påstående men argumentet håller inte som ursäkt för de årslånga väntetider som systemet inte fångar upp – men som i praktiken ändå drabbar ett okänt antal patienter.

Kärnfrågan i sammanhanget är varför ett mycket stort antal insatser under 25 års tid inte har påverkat väntetiderna, annat än tidvis och marginellt. En rad statliga insatser, lokala och regionala projekt, överenskommelser, stimulansmedel, rapporter, utredningar – har inte förändrat situationen. SKL manar till "självkritisk omprövning" och vill "öka tempot" och "slipa verktygen", men frågan är vilka förändringar organisationen egentligen ser framför sig²⁴.

SKL har också vid flera tillfällen jämfört de svenska väntetiderna med internationella svarigheter. Rapporten "Swedish waiting times for health care in an international perspective" (2011) har några år på nacken men är ganska typisk, både vad gäller SKL:s sätt att argumentera och dra slutsatser. Ur ett litet urval och med hjälp av sekundära datakällor, så ges bilden av de svenska väntetiderna inte avviker från andra europeiska länders.

Det är dock intressant att vissa avgränsade initiativ – som verkligen haft ambitionen att i detalj mäta och komma till rätta med väntetiderna – har haft ett visst mått av framgång. Det gäller exempelvis arbetet med att mäta väntetider vid de sjukhusbundna akutmottagningarna. Här finns numer en användbar statistik (som visar på betydande skillnader mellan sjukhusen). Enligt den senaste statistiken så kvarstår de långa vistelsetiderna på akutmottagningarna. Mediantiden i riket är nu 3 timmar och 18 minuter. Var tionde patient väntar 6 timmar och 57 minuter eller längre på akutmottagningen²⁵.

Ett annat exempel är arbetet med att korta väntetiderna i cancervården, som inneburit att ledtider kartlagts. Därefter har en modell tagits fram för att följa ledtiderna. Vidare har så kallade standardiserade vårdförlopp (SVP) etablerats, vilka beskriver hur lång tid det får ta mellan välgrundad misstanke och start av behandling. För närvarande (mellan 2015–2018) pågår en satsning för att korta väntetider och minska regionala skillnader²⁶.

SKL ställer i den ovan nämnda rapporten frågan "vad är det som är så svårt?". Socialstyrelsen har gett ett svar på den frågan som visar att uppgiften i vart fall möjlig att klara, om viljan finns. Myndigheten, som haft regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, har föreslagit en modell med ett individanpassat vårdprocess-id för att koppla samman de vårdprocesser som berör en person. Modellen ger

²³ SKL 2016, sid. 41

²⁴ SKL 2016, sid. 11

²⁵ Socialstyrelsen, 2017, sid. 7

²⁶ SKL, 2016, sid. 10

möjlighet att mer exakt följa och utvärdera vilka väntetider som totalt sett drabbar enskilda patienter²⁷. Socialstyrelsen redovisar att vissa landsting har kommit en bit på väg i uppbyggnaden av system som klarar av att följa en större del av patientens väg genom vården. Men överlag går arbetet långsamt och utan den samordning som vore nödvändig.

Men det finns också andra möjligheter att följa väntetider som är underutnyttjade. Ett exempel är uppföljning via kvalitetsregister. Det finns betydande begränsningar när det gäller att följa patientens väg via befintliga datakällor (patientregistret, väntetidsdatabasen, och huvudmännens vårdadministrativa system). Kvalitetsregistren, däremot, har en större frihet och möjlighet att registrera vårdförlopp. Olika mätpunkter inom vårdförlopp registreras redan idag inom flera register.

Socialstyrelsen har presenterat en sammanställning från 2016 som visar att ungefär 40 procent av kvalitetsregistren gör regelbundna uppföljningar av väntetider²⁸. Här finns av allt att döma en chans att utveckla registrens mätpunkter och på så sätt skaffa en klarare bild av vilka väntetider som drabbar patienterna. En möjlig väg vore att ge kvalitetsregistren stöd för att utveckla sådan rapportering. Men en sådan utveckling har inte prioriterats av vare sig SKL eller regioner och landsting.

²⁷ Socialstyrelsen 2016 sid 23

²⁸ Socialstyrelsen 2016, sid 32

DEN OFFENTLIGA SJUKVÅRDENS OFÖRMÅGA LÖSA VÄNTETIDSPROBLEMATIKEN

Väntetider i vården är ett problem som inte bara existerar i Sverige. Flera andra europeiska länder har samma typ av problem. Socialstyrelsen refererar till hälso- och sjukvårdssystemens uppbyggnad som en starkt bidragande faktor, det vill säga att den offentliga finansieringen och den låga kostnaden för patienten har satt en prismekanism ur spel som annars skulle ha dämpat efterfrågan²⁹. Nu åtnjuter denna systemuppbyggnad ett starkt politiskt stöd och länderna måste därför arbeta med andra metoder och styrmedel – som vårdgarantier.

Socialstyrelsens påpekande ligger i linje med hur debatten brukar se på fenomenet med värdköer. Väntetider betraktas i viss mån som en inneboende kvalitetsbrist i systemet, som vi i stor utsträckning måste acceptera.

Det finns många tänkbara förklaringar till varför väntetider uppstår. Men mycket talar för att den svenska sjukvården befinner sig i en produktivetskris. Den nationella samordnaren för ett effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården pekade i sitt slutbetänkande på att antalet operationstillfällen per årsarbetande läkare har minskat med 35 procent under 2008–2014, och detta från en redan lång nivå³⁰.

Projekten med vårdgarantier och väntetidsuppföljning har på det hela taget gett magra resultat, även om ett omfattande arbete har genomförts. Värdköerna består, väntetiderna försämras och ingenting pekar på att några avgörande förändringar är att vänta i form av medicintekniska språng eller högre produktivetsutveckling i vården.

Den process för ledning och styrning som landstingen har tillämpat när det gäller att komma till rätta med väntetiderna och klara vårdgarantin, bygger i huvudsak på uppföljning av väntetider och förändrade rutiner för väntande. Även uppföljning av medicinska indikationer, remisshantering och information till patienterna är inslag i de strategier som landstingen använt sig av³¹.

Potentialen i den här typen av arbetssätt förefaller mer eller mindre uttömd. I mångt och mycket måste landstingens initiativ betraktas som återvändsgränder. Svensk hälso- och sjukvård måste bli effektivare och öka sin produktivitet. Tillgängligheten som kvalitetsbrist får inte förutsättas vara naturlig och acceptabel och något vi får lära oss att leva med som patienter och skattebetalare. Men för att nå resultat krävs helt andra grepp.

Ett stort problem är att landstingen och regionerna har bundit stora kostnader och personalresurser till sjukhusen. Och det är just sjukhusvården som utmärker sig när det gäller låg produktivitet och ineffektivitet. Svenska akutsjukhus har lägst produktivitet i Norden, enligt en forskningsrapport från det så kallade EuroHope-projektet. Finland, Norge och Danmark har en produktion som är 20 procent högre än svenska sjukhus³².

En del i lösningen, som också förespråkas av den nationella samordnaren, är förstås att föra över mer vård till primärvården, vilket dock har visat sig mycket komplicerat att åstadkomma. Svårigheten har alltid varit att föra ut resurser och medarbetare från sjukhusen till primärvården och öppna vårdformer. I regel har tydliga ambitioner uttalats utan att någon konkret åtgärd har kopplats till utfästelsen, eller så har resurstillskott tillförts men medarbetarna har blivit kvar inom sjukhusets väggar.

Stockholms läns landstings (SLL) strategi är i detta sammanhang intressant av flera skäl. SLL har i sin så kallade framtidsplan för hälso- och sjukvården (FHS) lagt fast en strategi för

²⁹ Socialstyrelse 2013 sid 2.

³⁰ SOU 2016:2 sid 121

³¹ SKL 2016 sid 27

³² Eurohope, 2014, sid 7

att möta kraven på effektivitet och kapacitet inför framtiden. Primärvården ska utgöra navet i sjukvården. En av flera bärande tankar i framtidsplanen är också att mer specialistvård ska ges utanför sjukhusen och att vården vid sjukhusen ska begränsas till det som verkligen kräver sjukhusets resurser. Antalet vårdval inom den öppna specialiserade vården ska öka³³.

Den sistnämnda inriktningen har stött på stort motstånd från den socialdemokratiska oppositionen och delar av professionen. Kostnaderna för vårdval har ökat (konstigt vore annars eftersom det skett en utbyggnad). Men vad kritikerna glömmer är den ökade tillgänglighet som vårdvalen ger patienterna och den omfördelning av resurser som blir följderna (från dyr sjukhusvård till kostnadseffektiva och högproduktiva specialistkliniker). Den sammantagna effekten behöver inte alls bli sämre för landstinget, och för många väntande patienter är vårdvalen uteslutande en fördel.

SLL har, precis som framtidsplanen utlovar, omfördelat vård och resurser från sjukhusen till öppna kliniker utanför sjukhusen. Produktiviteten och styckkostnaderna inom vårdvalen är mycket goda. Tillgängligheten har blivit bättre³⁴.

Att åtgärda den svenska sjukhusvårdens dåliga produktivitet och stärka primärvårdens roll och kapacitet inom systemet är två nycklar till en bättre och mer tillgänglig hälso- och sjukvård. Vårdanalys har till exempel visat att om läkare i specialistvården skulle genomföra i genomsnitt ett ytterligare mottagningsbesök per arbetsdag skulle infriandet av vårdgaranti för besök hos specialist kunna öka med nära fem procentenheter³⁵.

Men varför går det så trögt? Varför kan analys efter analys och utredning efter utredning komma till samma slutsats, utan att det sker genomgripande förändringar?

Mycket talar för att en speciell förklaring måste adderas till resonemanget, nämligen den påverkan det offentliga utförandet har på effektiviteten inom systemet. Det blir nämligen alltmer uppenbart att landstingen och regionerna saknar den utvecklingskraft som behövs. Den utveckling som sker drivs av privata utförare, se till exempel utvecklingen av primärvård på nätet. Vårdvalsreformerna har också varit värdefulla ur detta perspektiv – utan de privata utförarna, ingen sådan utveckling.

Det är mycket illa att den nuvarande regeringens gjort vad den har kunnat för att förhindra och försvåra den positiva utvecklingen genom att försöka förhindra etableringsfrihet inom vårdvalssystemet och tillsätta en statlig utredning om att förhindra privata företag att göra vinst inom välfärden. Vägen mot bättre väntetider går inte via ett ökat offentligt ansvar. Socialdemokratiens ökade maktanspråk över vårdsektorn går på tvärs med möjligheterna att utveckla nya bättre sätt att ge hälso- och sjukvård.

Vad gäller statens insatser så har dessa i de flesta fall riktas till landstingens politiska och administrativa delar. Den typen av styrning biter uppenbarligen inte på strukturproblemen – eftersom landstingen har visat sig ha stora svårigheter att förändra sina system.

Varför klarar inte landstingen denna basala uppgift? Ett svar ges i en nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen som analyserar den bristande utvecklingskraften i landsting och regioner³⁶. Intervjuer med utvalda nyckelpersoner i fem landsting ger en sorglig bild av landstingens oförmåga att omsätta viljeinriktning i praktiskt och resultatriktat utvecklingsarbete. De saknar administrativ och analytisk kompetens och det Socialstyrelsen kallar ett systembaserat ledarskap³⁷. Slutsatserna ligger i linje med bland annat utvärderingar av Vårdanalys av statliga satsningar i vården, som visat att utvecklingsprojekt har svårt att få fäste och/eller är svåra att införa i större skala³⁸.

³³ SLL 2014

³⁴ SLL, 2013, sid 3.

³⁵ Vårdanalys 2017 Analysplan sid 36

³⁶ Socialstyrelsen 2017, Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård

³⁷ Socialstyrelsen 2017, sid 7 ff.

³⁸ Vårdanalys 2017, sid 33

De statliga reformambitionerna måste kombineras med en förståelse för och insikt om landstingens oförmåga att driva förändring och hälso- och sjukvårdens i grunden mycket decentraliserade modell för beslutsfattande. Det är inte folkvalda politiker och landstingsdirektörer som styr hälso- och sjukvården. Det är läkare och annan vårdpersonal som varje dag fattar tusentals beslut om behandlingar, diagnoser, schemaläggning, bemanning, rutiner och disposition av vårdplatser.

Situationen kan belysas genom en ESO-rapport som undersökte läkarnas förutsättningar, förståelse för och vilja att bidra till implementeringen av vårdgarantin. ESO-författarna kunde visa att en majoritet av de tillfrågade läkarna (ortopedier) uppfattade att de inte hade ett ansvar för att verkställa reformen. Många var dock positiva till själva vårdgarantin.

I rapporten resoneras kring det faktum att läkarnas ”kliniska autonomi” inskränks när garantins tidsgränser ska hållas till varje pris. Landstingens och regionernas sätt att informera om ansvar för regelverk lämnade en del övrigt att önska. En slutsats av ESO-rapporten är att reformer i vården generellt måste förankras tydligare i läkarkåren³⁹.

Men frågan här – väntetidsproblematiken – kommer sannolikt inte att lösas med en annan förankring och information till vårdens yrkesgrupper. Ska man förändra och förbättra hälso- och sjukvården, så måste man förändra *förutsättningarna* för vårdens medarbetare. Och då handlar det inte om målbilder, handlingsplaner, tillfälliga miljardsatsningar eller ny ramlagstiftning. Det som krävs är reformer som förändrar struktur, finansiering och styrning av hälso- och sjukvården.

De lyckosamma reformer som sjösatts har det gemensamt att system och strukturer förändras mot *mer valfrihet* för patienterna och *tydliga incitament* för vårdens medarbetare och ett *begränsat politiskt inslytande* över vårdens verksamheter. Med denna grundförståelse och detta perspektiv på vårdens problem kan nya och mer effektiva reformer sjösättas.

³⁹ ESO (2010), s. 11 ff.

SVERIGE KAN LÄRA AV SINA EUROPEISKA GRANNAR

Socialstyrelsen gjorde 2013 en genomgång av Sverige och några av våra grannländer när det gäller användandet av vårdgarantier och uppföljningen av väntetider. Granskningen omfattande Danmark, Norge, Finland, England och Skottland.

Genomgången visar att Sverige skiljer sig från alla andra länder genom att inte ha en nationell myndighet som är ansvarig för datainsamlingen och registerhållningen. I Sverige är det istället en intresseorganisation (SKL) som sköter statistiken. Sverige (och Finland) skiljer sig också i ett viktigt avseende från de övriga länderna: väntetider rapporteras inte på individnivå. Socialstyrelsen konstaterar att nationella databaser med individdata som ger möjlighet att koppla informationen till andra register, är avgörande för många typer av analyser⁴⁰.

Skottland har till exempel en nationell väntetidsdatabas som uppdateras dagligen. Varje nytt patientärende inleds med att en "väntetidsperiod" skapas. Episoden uppdateras kontinuerligt varefter patienten passerar mätpunkter som lagts in i systemet. På så sätt kan ett patientärende följas upp. Det är också möjligt att följa hur många som väntar på en viss typ av händelse, hur länge dessa har väntat och faktiska väntetider för samtliga som nått en viss punkt i vårdkedjan⁴¹.

För att överhuvudtaget klara utställda vårdgarantier och förbättra tillgängligheten generellt, så krävs goda uppföljningssystem. Här har den svenska statistiken, som framgått av redogörelsen ovan, mycket kvar att bevisa. Ytterst måste hälso- och sjukvårdssystemet konstrueras på ett sätt så att oacceptabla väntetider inte uppstår.

Det är därför hög tid för svenska sjukvårdspolitiker och byråkrater att titta närmare på vad som görs i våra grannländer. I Europa finns länder med mycket god tillgänglighet till hälso- och sjukvården. I flera länder anses inte ens vårdgarantier behövas, eftersom väntetider inte är något problem. Tyskland, Frankrike och Belgien är några sådana exempel – vad är det som karakteriserar dessa hälso- och sjukvårdssystem?

Inom ramen för den här rapporten finns inte utrymmet att gå på djupet i den frågeställningen. Dessutom är varje lands förutsättningar och historiska erfarenheter i regel så speciella att en lyckad reform eller system inte rakt av kan överföras till nästa land. Men i regel är sjukvården i dessa länder mer konkurrensutsatt och primärvården bygger på allmänläkare med egen praktik.

Länder med försäkringsfinansierade hälso- och sjukvårdssystem ser ut att ha en bättre tillgänglighet, medan skattefinansierade system generellt har bättre kostnadskontroll⁴². Invånare i länder med försäkringsfinansierade system förefaller också generellt vara mer betydligt mer nöjda med sjukvården, enligt vetenskapliga utvärderingar⁴³.

I Sverige har vi, som nämnts ovan, uppfattat att primärvården måste bli effektivare och bättre på att locka läkare till anställning. Det tidigare omnämnda betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) lyfte fram primärvårdens resurser och kompetens som en nyckelfråga i ett nytt, bättre hälso- och sjukvårdssystem. Regeringen har därefter tillsatt en ny utredning Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) för att konkretisera förslagen i Effektiv vård.

Ett första förankrande delbetänkande har redan hunnit lämnas som innehåller en beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet som utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering ska ersättas av nya principer som bland annat anger närheten till patienten. Utredningen föreslår en tioårigfärdplan för att nå i mål. Men styrande principer

⁴⁰ Socialstyrelsen 2013, sid. 25

⁴¹ Socialstyrelsen 2013, sid. 24

⁴² Vårdanalys 2014, sid 46

⁴³ Van Der Zee, J. och Kroneman, M.W. 2007, sid 94

och förhoppningar om landsting som driver ett bättre utvecklingsarbete kommer inte att hjälpa svensk primärvård.

Det är någonting märkligt med debatten om primärvården. Sveriges läkartäthet är den fjärde högsta inom EU-/EES-området⁴⁴. Antalet sjukhusläkare i relation till befolkningen tillhör världens högsta. Samtidigt har svensk hälso- och sjukvård brist på läkare inom vissa specialiteter och geografiska områden, framförallt inom primärvården. Primärvårdens grundproblem är inte avsaknad av principer eller ambitioner. Grundproblemet är brist på allmänläkare som vill arbeta kontinuerligt inom primärvården.

Att vara allmänläkare på en vårdcentral tillhör sannolikt en av de mest påfrestande uppgifter som finns i den svenska hälso- och sjukvården. En strid ström av patienter, där majoriteten söker för enklare åkommor, ska betas av varje dag. Men bland dessa finns även patienter som lider av mycket allvarliga sjukdomar. Det gäller att fånga upp dessa bland de som behöver enklare insatser som förskrivning av antibiotika eller förnyade recept. Allmänläkaren hinner heller inte ge den tid och den uppmärksamhet som krävs till äldre patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemets tillgänglighet är beroende av en primärvård som fungerar bättre. Det är dags att sluta prata om oviktiga detaljer och gå på kärnfrågan: hur får vi fler läkare att vilja arbeta inom primärvården?

⁴⁴ Läkarförbundet 2017, sid 1

SLUTSATSER

Det finns ett ledmotiv genom många av landstingens och statens insatser för kortare väntetider. Det gäller från 1980-talets begynnande probleminsikt till 2010-talets debatt om köer i cancervården. Ambitionen har i huvudsak varit att huvudmännen ska mäta väntetider och väntande patienter på ett mer transparent sätt, motta statsbidrag utan motprestation, och där- efter ställa ut löften om en mer tillgänglig vård. Men löften och (bristfällig) uppföljning leder inte i sig till snabbare vård. Det krävs reformer och strukturella förändringar.

Alliansregeringens kömiljard bröt delvis med den tidigare inriktningen genom att driva förändring via ekonomiska incitament och krav som riktades till huvudmännen. Inledningsvis gav kömiljarden mycket goda effekter i form av upprepning i gamla kösystem och ett tydligare fokus på problemen med väntetider. Efter några års utvecklingsarbete stod det dock klart att kömiljardens och den lagreglerade vårdgarantins drivkrafter inte var tillräckliga. Den positiva väntetidsutvecklingen avstannade

Sanningen är att staten och huvudmännen står handfallna inför hälso- och sjukvårdens verkliga akilleshäls – väntetiderna – och så kommer det att vara så länge beredskapen inte finns att i grunden förändra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I brist på fungerande åtgärder så har landstingen och regionerna dessutom sett till att inte spegla upp sitt misslyckande fullt ut. I den här rapporten har vi kunnat visa att de svenska väntetiderna sannolikt underskattas systematiskt, och att SKL och landstingen inte har varit mogna uppgiften att rigga fullgoda uppföljningssystem.

Sverige har haft påfallande svårt att förändra de grundläggande strukturerna i sitt hälso- och sjukvårdssystem. Sedan 1990-talets början har egentligen inga betydande strukturreformer genomförts. Det senaste försöket – Ansvarskommittén – stupade långt före mållinjen till följd av oenigheter inom partierna. Utvecklingen har sett annorlunda ut i många omgivande grannländer, som lyckats genomföra strukturreformer. Den svenska hälso- och sjukvården är i stort behov av strukturreformer som riktar in sig på systemets grundläggande uppbyggnad, hur sjukvården finansieras, hur verksamheten styrs, ersätts och regleras.

Problemet är landstingen och regionerna. De ägnar sig åt en i stora delar resultatlös detaljstyrning som ger litet – om ens något – utrymme för innovation och utveckling i vårdens vardag. Politiska nämnder av lekmän har satts att styra över miljardbudgetar och en verksamhet som hör till de mest komplexa kunskapsorganisationer som människan skapat.

Det säger sig själv att de politiskt styrda huvudmännen alltid kommer att ha en klart bristfällig kapacitet när det gäller att åstadkomma en positiv förändring i verksamheterna. Det politiska beslutsfattandet är kortsiktigt och kan via ett allmänt val helt ändra inriktning på de långsiktiga processer som normalt krävs för varaktig och positiv förändring.

En huvudfråga i det här sammanhanget är hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet skulle kunna reformeras. Ett svar kan fås genom att studera de reformer som europeiska grannländer redan har genomfört. Myndigheten Vårdanalys sammanställde 2014 en rapport om strukturreformer i flera omgivande länder. Rapporten har inte ambitionen att skissera en svensk reform, utan tar mer sikte på att lyfta fram för- och nackdelar med strukturreformer. Här finns dock viktiga lärdomar och fakta som kan utgöra ett underlag för en reformering av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet:

Sverige kan till exempel av hur Norge i början av 2000-talet centraliserade ägarskap och finansiering av sjukhusvården till staten, samtidigt som ansvaret för vården decentraliserades genom att flytta ansvar och befogenheter till regionala hälsoföretag. De regionala hälsoföreta-

gen beställer vård åt sina invånare. De producerar inte själva några hälso- och sjukvårdstjänster. Ett viktigt syfte med reformen var att skapa administrativt självständiga organisationer för den specialiserade hälso- och sjukvården med tydligare incitament att förbättra hälso- och sjukvårdens effektivitet, kvalitet, och förtroende hos befolkningen⁴⁵. En analys av sjukhusreformens effekter har bland annat visat på en positiv och signifikant effekt på produktiviteten⁴⁶.

Svenska politiker kan också inhämta inspiration från hur Nederländerna genomfördes en omfattande reform av hälso- och sjukvårdssystemet som innebar att en gemensam obligatorisk hälso- och sjukvårdsförsäkring infördes för i stort sett alla invånare. Försäkringsbolagen köper vård för konsumenternas räkning av fritt konkurrerande primärvårdsaktörer, specialister och sjukhus. Patienten har full frihet att välja såväl sjukhus som primärvårdsläkare. Reformen har lett till kortare väntetider⁴⁷.

Den nederländska reformen visar hur ett land kan göra för att minska detaljstyrningen i vården och samtidigt korta väntetiderna. Resultaten visar också hur integrerade vårdkedjor har kunnat uppnås (ett skriande behov inom den svenska sjukvården och omsorgen). Ett delvis försäkringsbaserat system kan uppfattas som ett främmande inslag i den svenska hälso- och sjukvården. Men steget från en helt skattefinansierad och landstingsdriven vård till en skatte- och premiebaserad vård, där landstingen beställer vård, men inte ansvarar för själva utförandet, behöver inte vara omöjligt att ta.

Alternativet till en strukturreform är att vi fortsätter med att försöka uppnå bättre och varaktiga resultat inom ramen för det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet. Det verkar, givet historiken, ett lönlöst företag.

Vilka möjligheter finns att förbättra väntetidsproblematiken på kort sikt? Mer resurser är definitivt inte svaret – mellan 2000–2006 tillförde regeringen landstingen någonstans i storleksordningen 46 miljarder kronor, utan några nämnvärda resultat när det gäller väntetider och vårdköer. Statliga överenskommelser och riktade bidrag får betraktas som en i det närmaste uttömd möjlighet. Skarpare krav i vårdgarantin leder bara till att huvudmännen misslyckats i än större utsträckning.

OECD har i sina utvärderingar dömt ut generella resurstillskott (i synnerhet tillfälliga sådana) på att öka utbudet av sjukvård genom större anslag. Organisationen har pekat på att de finns två vägar att gå för de länder som vill korta väntetiderna genom vårdgarantier. Antingen hålls huvudmännen ansvariga fullt ut för att klara vårdgarantierna – en metod OECD omnämner som ”targets and terror”. De länder som ”straffar” vårdgivare när de inte uppnår sina mål har inledningsvis kunnat korta väntetiderna något. Men inriktningen ogillas av vårdprofessionen och har visat sig svår att upprätthålla under en längre tid.

Det andra alternativet är att ge patienterna korrekt information om väntetider och rätt att välja vård om och när en rimlig väntetid kan förväntas överskridas. OECD nämner Nederländerna, Danmark och Portugal som exempel på länderna där man reformerat med gott resultat. Portugal har till exempel infört ett öppet informationssystem med väntetider till alla offentliga och privata utförare. Alla patienter har rätt till en voucher när 75 procent av vårdgarantin har överskridits⁴⁸.

Det svenska sättet att åtgärda väntetiderna har i huvudsak handlat om att träffa nya överenskommelser och införa allt mer precisa vårdgarantier. Tillfälliga förbättringar har uppstått till följd av de nya initiativen. Men ganska snart har väntetiderna försämrats igen och så vidtar ett nytt arbete med att skärpa vårdgarantin. Arbetet har åtföljts av generella och till största

⁴⁵ Vårdanalys 2014, sid 79

⁴⁶ Vårdanalys 2014, sid 94

⁴⁷ Vårdanalys 2014, sid 149

⁴⁸ What works, OECD 2013, s. 11 ff.

delen meningslösa statsbidrag.

Landstingen och regionerna har därtill konsekvent slarvat med informationen och stödet till patienterna. I den här rapporten har vi kunnat visa att väntetidsrapporteringen lämnar väldigt mycket övrigt att önska. SKL:s producent- och byråkratperspektiv behöver bytas ut mot ett patient- och valfrihetsperspektiv. Slutligen måste landstingen ändra på det faktum att möjligheten att få vård i andra landsting i huvudsak bara tillkommer resursstarka personer som orkar och klarar att söka vård på egen hand.

De svenska erfarenheterna med vårdval inom primärvården och specialistvården har varit omdebatterade och närmast ett rött skynke för socialdemokratin och dess stödpartier. Men utvärderingar och analyser har visat att reformerna lett till en bättre strukturell tillgänglighet.

Vårdvalet inom specialistvården i Stockholm har till exempel lett till en generell förbättring för både akutsjukhus och övriga vårdgivare inom nästan alla specialiteter⁴⁹. När det gäller primärvården och vårdvalet finns ingen statistik före och efter vårdvalsreformen vad gäller väntetider. Men tillgängligheten i vidare bemärkelse har ökat starkt sedan vårdvalets införande. Endast en procent av landets befolkning har nu mer än 20 minuters bilresa till sin närmaste mottagning. Under de två första åren efter vårdvalsreformens införande ökade antalet primärvårdsmottagningar med 190 mottagningar, en ökning med 19 procent⁵⁰.

⁴⁹ SLL Konsekvensutredning utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval, s. 8

⁵⁰ Primärvården efter vårdvalsreformen SNS, sid 12.

FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER

Nedanstående förslag blandar åtgärder som kan genomföras på kort sikt med större och mer långsiktiga reformidéer. Poängen är att båda behövs. Läget är nu sådant att vi inte kan vänta med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården.

A/En strukturreform för mindre detaljstyrning och mer försäkringsmässighet i sjukvårdsystemet. Svenska sjukvårdspolitiker, både på statlig och regional nivå, är med vissa undantag övertygade om det nuvarande systemets grundläggande förträfflighet. Med provinsiell övertygelse hävdas att svensk sjukvård håller en närmast oöverträffad kvalitet. Men frågar man patienterna så håller de inte med.

Ett mycket stort antal svenskar (650 000) och deras arbetsgivare har också insett att den offentliga vården inte håller vad den lovar, och har betalat för privata sjukvårdsförsäkringar. Omkring sju av tio försäkrade personer får sina försäkringar betalda av sin arbetsgivare. Försäkringsbolag och premiebetalande företag finansierar därmed vårdinsatser som den offentliga hälso- och sjukvården egentligen ansvarar för att utföra.

Som tack för den avlastningen föreslår regeringen i höstens budgetproposition en ny skatt på privata sjukvårdsförsäkringar. Företag och individer gör alltså vad de kan på egen hand för att få vård i tid, när de skattefinansierade systemen inte kan leverera som utlovat. Då föreslår regeringen att dessa initiativ ska beskattas en gång till. Det är inte bara kontraproduktivt, utan dessutom en makalös fräckhet.

När ska debatten på allvar upptäcka att den sjukvård vi har inte klarar flera basala kvalitetskrav, som att patienter inte ska riskera att hamna i årslånga vårdköer?

Vi har i denna rapport pekar på reformer i två grannländer (Norge och Nederländerna) och rent allmänt på de bättre resultaten när det gäller patientnöjdhet och tillgänglighet i försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem. Dessa och andra erfarenheter från europeiska grannar skulle kunna användas i en svensk strukturreform enligt följande principer:

- Förändra grunden för landstingens politiska maktutövning – beskattningsrätten – och inför helt eller delvis ett premie- och försäkringsbaserat hälso- och sjukvårdssystem.
- Överväg att ge politiskt tillsatta landsting och regioner en enda huvudsaklig och politiskt motiverad uppgift: att beställa hälso- och sjukvård till invånarna inom de ekonomiska ramar som finns, och följa upp att vården som ges håller god kvalitet och är tillgänglig och jämlik.
- Utförare av hälso- och sjukvårdsinsatser med ett definierat och tydligt genomförandeansvar kan vara fristående ideella, privata och statligt ägda sjukhus och vårdgivare i öppen specialiserad vård.
- Landstingens beställningar bör bland annat kunna ge incitament för mer integrerade vårdkedjor med primärvården.

Det politiska och missriktade genomförandeansvaret och den detaljinriktade styrningen av sjukvården måste upphöra. Vad betalar patienter och samhällsekonomi för de detaljerade makanspråk som politiker har på vårdens verksamheter? Ingen vet – det är förmodligen omöjligt att kalkylera mer exakt, men fråga vilken medarbetare, enhetschef eller tjänsteman som helst inom sjukvården, och bilden är alldeles klar. Det är länge sedan landstingspolitiker uteslutande ägnade sig åt övergripande och genuint politiska frågor inom ramen för sitt uppdrag.

B/Skapa en primärvård värd namnet. I brist på en fungerande primärvård har den svenska sjukhusvården vuxit över alla bredder, och det med en i sammanhanget låg produktivitet. De mycket korta vårdtiderna i den svenska slutenvården brukar framhållas som exempel på en högeffektiv hälso- och sjukvård. Men fenomenet är framtvingat av ett hälso- och sjukvårdssystem som svultit ut primärvården, och därmed ökat inflödet av patienter till sjukhusvården.

För att klara av situationen hjälpligt så har vårdtiderna pressats till det yttersta. De initiativ som nu diskuteras inom ramen för en offentlig utredning kommer inte att leda hela vägen i mål. Landstingen är oförmögna att driva ett utvecklingsarbete som ger resultat. Grundproblemet är att det saknas allmänläkare som vill arbeta i primärvården.

Hur skulle då konturerna av ett nytt och fungerande system kunna se ut?

- Börja med att satsa på att få läkarna att äga sin egen mottagning/vårdcentral i än högre utsträckning.
- Ge primärvårdsläkarna bättre ekonomiska villkor än i sjukhusvården och upprätta ersättningssystem som premierar kontinuitet, koordinering och dygnet-runt ansvar.
- Inför en övre gräns för hur många patienter som kan lista sig på en vårdcentral eller hos en enskild läkare.
- Ge andra läkarspecialiteter möjlighet att etablera sig i primärvården.
- Överväg dessutom vilka delar av systemet som bör ha en nationell reglering. Den ekonomiska resursöverföring som utredningar, regeringen och landstingen talar sig varma för, kommer inte att verkställas när varje enskilt landsting avgör ersättningar och fördelning av medel mellan vårdnivåerna.

C/ Fortsätt utveckla valfriheten för patienterna när det gäller slutenvård. För patienter som vill ha vård snabbare än idag finns möjligheten att välja öppen specialiserad vård i andra landsting än det egna. När det gäller vård – operationer och behandlingar – som kräver inläggning (sluten vård), så är den dörren stängd till dess att hemlandstinget gett sitt godkännande, vilket dessutom i regel sker efter att behovet konstaterats av vården i det egna landstinget. Det godkännandet kommer alltså inte sällan sent i processen, normalt först när väntetiden beräknas överstiga vårdgarantins krav. Det är dags att ta nästa steg och ge patienterna rätt att välja vård, både öppen och sluten vård, i andra landsting.

D/ Fortsätt utveckla vårdvalet i specialistvården. Alliansregeringens reformer på hälso- och sjukvårdsområdet har haft större betydelse än tidigare åtgärder för att korta väntetiderna. I detta sammanhang har dock vårdvalet i framförallt primärvården underskattats. Men det gäller också inom specialistvården. Vårdvalsreformerna har lett till strukturella och verksamhetsmässiga förändringar, som sannolikt inte ger upphov till temporära förbättringar (såsom snart sagt alla andra åtgärder från 1992 till 2006). Vårdval inom specialistvården bör därför göras obligatoriska för landstingen.

E/ Inrapportering av statistik och väntetider ska ske till en statlig myndighet. Sverige är förmodligen unikt bland jämförbara länder när det gäller ansvaret för att samla in och bearbeta väntetidsstatistik. Inom Norden och i övriga Europa, så vitt känt, är det nationella myndigheter – inte intresseorganisationer – som utvecklar mätmetoder och analyser. SKL lyder inte under förvaltningslagen och regeringsformen och måste därför inte erbjuda samma insyn som statliga myndigheter. Det krävs ett nytt regelverk och ett nytt ansvar för väntetidsrapporteringen. An-

svaret måste föras över till en statlig myndighet – företrädesvis Socialstyrelsen – med befogenhet att avkräva landsting och regioner uppgifter. Enhetlighet och transparens ska råda. Väntetidsrapporteringen måste i betydligt större utsträckning vända sig till medborgare och patienter.

F/ Bygg upp ett nationellt system för uppföljning av individbaserade vårdprocesser. Redan 2010 fick Socialstyrelsen i uppdrag av den dåvarande regeringen att utveckla ett system för att följa patientens väg genom vården. Uppdraget förnyades i mars 2012⁵¹. Myndigheten har dock sannolikt fått en omöjlig uppgift – det är landstingen som sitter på medel och beslut för de investeringar som krävs för att bygga upp systemet. Så länge sjukvårdens huvudmän drar benen efter sig, så kommer ingenting att hända.

Det måste inom några år vara möjligt att följa upp hur lång tid olika vårdinsatser tar – i sin helhet och i olika delar av processen. Det måste inom ramen för ett sådant system vara fullt möjligt att redovisa faktiska väntetider för diagnoser och åtgärder⁵². Lagstiftning bör användas för att för att nå resultat. Överenskommelser och riktade statsbidrag ger i bästa fall bara tillfälliga och temporära effekter.

⁵¹ Dnr 2010/9174/VS, se bilaga 1 i sos rapport 2013.

⁵² Socialstyrelsen 2016, sid 23

KÄLLFÖRTECKNING

- Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris
- Socialstyrelsen (2017), *Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar*. Rapport februari 2017. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2017), *Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016), *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet – slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017), *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar – Rapport februari 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2013), *Patientens väg genom vården – system för uppföljning av väntetider i vården*. Rapport december 2013. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SKL (2016), *Väntetider och vårdgarantier – vad är det som så svårt?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.
- Myndigheten för vårdanalys (2015), *Varierande väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2015:5. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2014), *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, rapport 2014:8. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys (2017), *Löftesfri garanti? – en uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2017:6. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- SOU 2016:2 *Effektiv vård*. Slutbetänkande av den nationella samordnaren för ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2017:53 *God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- Läkarförbundet (2017), *Sveriges läkarförbunds policy för balanserad läkarförsörjning*. Stockholm: Läkarförbundet.
- Stockholms läns landsting (2014), *Framtidsplanen tredje steget i genomförandet*. Diariernr: LS 1409-1068.
- Health Consumer Powerhouse (2017), *Euro Health Consumer Index 2016 Report.*
- Winblad, U. och Andersson, C. (2010), *Kåren och köerna*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2010:9. Stockholm
- The EuroHOPE study group (2014), *Summary of the findings of the EuroHOPE project*, 2014, Helsinki, Finland.

ARTIKLAR

- Van Der Zee, J. och Kroneman, M.W. (2007). *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. *BMC Health Services Research*, 2007.
- Siciliani, L. V. Moran and M. Borowitz (2013), *Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries*, OECD Health Working Papers, No. 67, OECD Publishing, Paris

ÖVRIGA STATISTIKKÄLLOR

- www.vardenisiffror.se
www.vantetider.se