

Projektet Vårdgaranti 05

- mot en "kö-fri" sjukvård

Johan Calltorp

En svaghet i den svenska hälso- och sjukvården har varit bristande tillgänglighet. Olika åtgärder har vidtagits i samverkan mellan staten och landstingen för att underlätta patienternas tillgång till vård. Den centrala vårdgarantin 1992 har kompletterats med lokala åtgärder. I denna artikel beskrivs arbetet med kunskapsunderlag för den vårdgaranti, som trädde i kraft hösten 2005.

Professor Johan Calltorp har sedan 1980-talet forskat om hälso- och sjukvårdssystem, prioriteringar, ledning och styrning och har tidigare varit hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen. Som ansvarig för Vårdgaranti05 och delaktig inom flera andra projekt har Johan Calltorp de senaste åren varit knuten till Sveriges kommuner och landsting.

Kontakt: Johan.Calltorp@skl.se

Långa köer till planerad vård har varit ett stående problem under de senaste decennierna. Sedan slutet av 1980-talet har köer och väntetider tagit stor plats i den sjukvårdspolitiska debatten. Olika försök att komma tillrätta med problemen har prövats i form av politiskt utfästa vårdgarantier och särskilda "kösatsningar". Det har i huvudsak handlat om tidsbegränsade projekt, som inte permanentats. Flera

av åtgärderna har utvärderats - vilket redovisas i detta nummer av SMT. Det är inte bara i Sverige problemet uppmärksammas, även internationellt har man skaffat sig mycket erfarenheter och kunskaper om bristande tillgänglighet och köer till sjukvården. En översikt av den internationella litteraturen finns i Marianne Hannings avhandling från 2005.

De sjukvårdspolitiska övervägandena

Under våren 2004 inledde regeringen och Landstingsförbundet överläggningar om att genomföra mera radikala åtgärder för att komma till rätta med köproblemen. Det var tydligt för sjukvårdspolitiker på nationell nivå från både regering och opposition att tillgänglighetsproblemen utgjorde ett hot mot tilltron till och legitimiteten i det svenska sjukvårdssystemet. Efter värderingar av de samlade erfarenheterna i Sverige från ca 15 år med olika åtgärder för att öka tillgängligheten beslöt man att pröva en utvidgad vårdgaranti. Den innebär att en beslutad behandling skall erbjudas inom 3 månader från beslutstillfället och den omfattar också alla medicinska områden.

Den utvidgade garantin kan ses som en logiska sista länk i kedjan av tillgänglighetsmål som beskrivs enligt formeln 0-7-90-90. I februari 2005 kom regeringen och landstingsförbundet överens om innehållet. Förändringen trädde i kraft den 1 november 2005. I den s.k. Dagmaröverenskommelsen för 2005 avsattes medel för förberedelse av reformen. Ett viktigt övervägande från politiskt håll var att en reform, som berörde så notoriskt besvärliga förhållanden, krävde noggranna förberedelser.

Detta var den politiska bakgrunden till projektet Vårdgaranti05 som startades under hösten 2004. Här ges en kortfattad redovisning för tankegångarna bakom detta projekt och dess genomförande. En mera fullständig utvärdering kommer att presenteras i annat sammanhang.

Ett kunskapsbaserat projekt

Projektet Vårdgaranti05 utformades för att koordinera och förbereda sjukvårdsorganisationerna i hela landet för ikraftträdandet av den utvidgade vårdgarantin. Det gällde att se till att utvidgningen att omfatta all behandling skulle bli genomförbar och te sig realistisk och det gällde att integrera de redan gällande tillgänglighetsgarantierna som avsåg primärvård och öppen specialistvård. De frågor projektet hade att ta ställning till var: vad vet vi om köer och tillgänglighet, vilka åtgärder krävs för att förändra situationen, vilken strategi skall väljas?

Den linje som valdes var att basera åtgärderna på de kunskaper och erfarenheter, som fanns inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Det fanns redan i de politiska överväganden en insikt om att ett lyckat resultat borde bygga på de senaste 15 årens samlade erfarenheter. Bland annat hade projektet "Väntetider i vården" för väntetidsmätning genererat och redovisat viktiga erfarenheter liksom det utvecklingsarbete, som skett i landstingen kring processmetoder och effektivisering. Pågående prioriterings- och vårdprogramarbete i vissa landsting hade också beröring med vårdgarantifrågorna. Den internationella utvecklingen inom området vara omfattande och kontakter fanns med bl.a. grupper i Nya Zeeland, Canada, Storbritannien och Finland.

En viktig utgångspunkt var också att var och en av de 21 sjukvårdshuvudmännen var enskilt ansvarig för åtgärderna att infria den centralt, politiskt beslutade vårdgarantin.

En nationell plattform - lokalt genomförande - regional samordning

Projektet pågick från årsskiftet 2004/2005 till slutet av 2006. En gemensam styrgrupp för projektet med representanter för de sex sjukvårdsregionerna, Socialstyrelsen, SBU, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Kommuner och Landsting bildades. Själva projektarbetet bedrevs av en nationell arbetsgrupp bestående av projektledare, projektsekreterare, kommunikatör samt ett antal experter, som arbetat länge med dessa frågor nationellt inom Landstingsförbundet.

Till projektgruppen knöts en eller ett par regionala samordnare i form av erfarna experter inom medicin, omvårdnad eller vårdorganisation från var och en av de sex sjukvårdsregionerna. Dessa personer kom att spela en central roll både i det nationella arbetet att forma strategier, kontinuerligt följa effekter av åtgärder och värdera läget. Deras uppgift var att utgöra den centrala kommunikationslänken från den gemensamma nationella arbetsgruppen till regionerna och vidare till landstingen. Samordnarnas uppdrag var dessutom att stödja och driva på arbetet med metodkunskap genom att förmedla idéer, förslag, frågor från den nationella arbetsgruppen.

Inom projektet etablerades också ett forum med kontaktpersoner från varje landstingsledning. Denna grupp samlades två eller tre gånger per termin.

Strategi och metod

Strategin för arbetet var att utnyttja beprövade ”redskap” för att påverka tillgängligheten. En viktig uppgift var därför att beskriva dessa redskap, visa vilka möjligheterna var att använda dem och visa resultat som framkommit genom utvärderingar. Det ledde till demonstration av goda och dåliga exempel. För projektet var kommunikation och opinionsbildning viktigt och till projektgruppen knöts en egen kvalificerad kommunikationsexpert.

Projektgruppen använde för att visualisera sina idéer en form av ”kvalitetshjul” där de olika ”redskapen” beskrevs. Syftet var att hitta en gemensam bas för att brygga över mellan olika traditioner och skolbildningar inom landstingen. Från pedagogisk synpunkt var det också viktigt att skapa insikt om, att det inte är en enda åtgärd eller metod, som åstadkommer ökad tillgänglighet och kortare väntetider, utan ett idogt arbete och samspel mellan olika metoder och redskap. Ledarskapets betydelse poängterades också.

De ”redskap” som beskrevs i kvalitetshjulet och som projektet kretsat kring beskrivs nedan. De har använts som en samlad åtgärdsarsenal, men flera av dem har också använts i separata delprojekt inom ramen för Vårdgaranti05.

Redskap för ökad tillgänglighet

Rutiner för väntande har handlat om att åstadkomma en riktig och precis hantering av patienter på en väntelista. De praktiska erfarenheterna att åstadkomma god praxis i detta avseende har samlats och beskrivits i en

manual. En rad aktiviteter har ordnats för spridning, pådrivande och metodutveckling. Man kan förenklat säga att det speciellt under det första projektåret före den 1 november 2005 handlat om att analysera och göra väntelistorna rättvisande och tillförlitliga.

Uppföljning av väntetider har handlat om att söka få alla vårdenheter att mäta sin tillgänglighet, att rapportera denna såväl inom sin egen organisation som till den nationella väntetidsdatabasen (utvecklingen av denna, som pågått sedan år 2001, beskrivs i detta temanummer). Den fortsatta utvecklingen av den nationella väntetidsdatabasen har skett som en separat aktivitet men funktionellt nära kopplat till Vårdgaranti05.

Remisshantering har handlat om kommunikationen mellan vårdenheter och god praxis för att få remisser snabbt mellan vårdgivare. Övergång till standardiserade remisser liksom elektroniska remisser har försöksvis ingått, även om detta är en utveckling som tar tid genom att den är beroende av IT-utvecklingen i stort.

Information och kommunikation har som nämnts varit en viktig aktivitet i hela projektet. Den har varit viktig för att skapa motivation, avslöja ”myter” inom kö- och tillgänglighetsområdet, sprida goda exempel osv. Ett särskilt snabbt fungerande nätverk med landstingens kommunikatörer och projektet har syftat till att skapa en kommunikation till allmänhet och vårdanställda med vissa gemensamma budskap - om än med betydande lokala variationer.

Processutveckling har handlat om att anpassa och ta i bruk allmänt använda organisatoriska metoder för att förändra tillgängligheten. ”Genombrotsteknik” och ”Bra mottagning” är några namn på dessa metoder. Metodstöd har utgått från de grupper och miljöer som specialiserat sig på dessa metoder. Den s.k. ”flödesmodellen” (se föregående artikel) som beskriver en generisk modell för att visualisera patientens väg genom ett helt vårdförlopp har kommit att bli en central modell i arbetet.

Medicinska indikationer har inneburit uppdrag till de olika medicinska specialiteterna att precisera mera enhetliga diagnosspecifika riktlinjer för prioritering och behandling. Frågeställningen utgår bl.a. från de stora variationerna i medicinsk praxis, som länge varit kända och beskrivna. Frågan blir viktig genom att vårdgarantin är uppbyggd utifrån ett behandlingsåtagande när beslut om behandling är fattat.

Arbetet kring medicinska indikationer har organiserats i ett särskilt delprojekt, som inkluderat ett aktivt engagemang från den medicinska professionen genom Svenska Läkarsällskapet och Socialstyrelsen. Detta arbete beräknas också fortsätta mera kontinuerligt när Vårdgaranti05 som särskilt projekt avslutats. I en första omgång har fem medicinska specialiteter preciserat indikationer för behandling inom ca 15 behandlingsområden. Strategin har varit att välja diagnosområden som är kvantitativt betydelsefulla utifrån kö- och tillgänglighetssynpunkt och där variationen i praxis ter sig stor enligt tillgängliga uppgifter.

I projektet och genom uppdragen till specialiteterna har en successiv metodutveckling skett, som bygger på de studier och det prioriteringsarbete som pågått inom olika specialiteter under många år. Detta arbete bygger på tillgänglig vetenskaplig evidens från litteratur och från SBU:s rapporter och från Socialstyrelsens arbete med medicinska riktlinjer. På denna faktabas gör specialitetsgrupperna en precisering av indikationer, vilket inbegriper moment av professionell konsensusbedömning. De specialiteter som i en första omgång genomfört detta är oftalmiatrik (katarakt), ortopedi (höft-, knäledsartros, tre ryggsjukdomar), gynekologi (inkontinens, framfall) samt reumatologi (indikation för och tillgänglighet till reumatologspecialist).

Stegvis mot en "kö-fri" sjukvård

Redan tidigt i projektarbetet formades en vision för arbetet, vilken beskrevs som den "kö-fria" sjukvården. Visioner skall peka ut en önskvärd framtid, ligga ett steg före den verklighet som gäller för stunden. Den skall stimulera och entusiasmera till ett handlande som leder i riktning mot visionen. Med denna vision skall den svenska hälso- och sjukvården stimuleras till ett radikalt nytänkande när det gäller köer och tillgänglighet.

Den politiskt beslutade vårdgarantin utgör politikernas sätt att peka på förhållanden som kräver en förändring utgående från medborgarnas krav och önskemål på vårdsystemet. Projektet Vårdgaranti05 avsåg att utifrån dessa politiskt utpekade krav på förändring

visa hur aktivitet och redskap för att nå målet skulle kunna se ut.

Tankegången är följande. Vi bör orientera oss bort från en situation där köer kommit att utgöra ett permanent inslag i vården, som svar på en rad rationella och irrationella "behov" helt annorlunda än patienternas krav på adekvat tillgänglighet. Det har också blivit så att köer kommit att utgöra signaler om "behov" av resurser till olika enheter och till vården som helhet. Ju mer analys som görs av köfenomenet desto tydligare blir det att relationen är svag mellan köer och resurstillgång. I stället tycks det sättet vården bedrivs på vara viktigare än organisation, ledning, effektivisering, utvärdering och granskning. I detta perspektiv är mätning av köer och tillgänglighet ett redskap för sjukvårdens ledning på olika nivåer i att analysera och utveckla arbetsprocesserna.

Visionen vill visa på dessa möjligheter och stimulera sjukvården att "leverera" vad den utlovar och alltså inte använda köerna till planerad vård som en buffert. Framtidens patienter kommer sannolikt att förvänta sig ett bemötande där vårdorganisationen tar hänsyn också till deras berättigade krav på planering och framförhållning, system med "tidsbokning" i stället för en passiv kö är sannolikt en väg.

Detta förändrade förhållningssätt kräver omställningar i vårdens sätt att fungera. De utgör en utmaning för tankemodeller och praxis. Utmaningen är stor för alla aktörer. Fokus sätts inte minst på ändamålsenlig organisation, processtänkande, mer preciserade metoder att fördela och

tema

omfördela resuser och bättre fungerande samverkan mellan de administrativa och politiska ledningsnivåerna och vårdenheterna. Givetvis är detta en utveckling över ett antal år. Vårdgarantin och de krav som utlöses av denna har satt fingret på en öm punkt i vårdens sätt att fungera. Begreppet kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling som beskrivs i ett arbete parallellt med vårdgarantin ("Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling." Rapport från SKL oktober 2006) vill visa på att ändamålsenliga redskap för detta delvis faktiskt redan finns. Det handlar inte minst om förmåga och vilja att agera.

Summary in English Project Vårdgaranti05.

This project served to support the new waiting time guarantee from 2005 with methods to improve access and decrease waiting times to planned procedures in health care.