

Dags införa medicinsk vårdgaranti

Det blir paradoxalt när vi opererar utomlänspatienter, så att deras hemlandsting klarar vårdgarantin, medan vi själva inte gör det, säger en chef på HOS-förvaltningen i DN den 9 mars.

När tjänstemän i Stockholms landsting kräver att stockholmarna måste få vård före landsortspatienter är det ett exempel på icke medicinsk prioritering. Vårdgarantin tränger undan patienter med större medicinska behandlingsbehov till förmån för dem med lägre.

Det går också stick i stäv med våra lagstadgade prioriteringsnormer som ger rätt att prioritera de som har störst behov och de som har störst nytta av behandlingen. Det är inte okej att prioritera nollåttor för att patienten befinner sig i Stockholms landstings domäner.

För att öka tillgängligheten i svensk sjukvård infördes den så kallade utvidgade vårdgarantin i november 2005. Den gjorde till en början ingen stor skillnad. Efter att vårdgarantin kompletterats med incitamentet »kömiljarden« började landsting och sjukhusledning arbeta för att uppfylla kraven och få del av den utfästa pengabelöningen.

Vårdgarantin har ökat tillgängligheten i sjukvården för besök och behandling. Detta har sagts bero på att det lockat ur »luft i systemet« och att det alltid går att jobba smartare – ett sätt för politikerna att skapa argument för att vården inte behöver mer resurser.

Läkarförbundet har kartlagt läkares erfarenheter av vårdgarantin via intervjuer. Läkarna är i grunden positiva till den och gör sitt bästa för att uppfylla kraven, men starkt kritiska synpunkter finns också.

Vårdgarantin och kömiljarden ger ofta upphov till felaktiga prioriteringar, enligt de intervjuade. De patientgrupper och vårdåtgärder som täcks av vårdgarantin prioriteras högre och tränger undan patienter som inte ger belöningar från kömiljarden.

Äldre, långvarigt sjuka och andra svaga patientgrupper trängs i och med vårdgarantin undan av starkare grupper med mindre komplexa, mindre allvarliga, men mätbara vårdbehov. Undanträngningseffekter förekommer inom såväl specialistvården som primärvården och akutsjukvården. Undanträngningseffekterna genomsyrar det mesta!

Utöver de undanträngningseffekter som drabbar patienter direkt har vi också kunnat identifiera många indirekta effekter:

- Läkarna använder utbildnings- och utvecklings- tid för att kunna uppfylla vårdgarantin.
- Läkarna får inte möjlighet att följa en behand-



Vårdgarantin och kömiljarden ger ofta upphov till felaktiga prioriteringar ...

ling och se hur den verkar eftersom de inte får ta patienter på återbesök.

- Patienter bollas mellan olika läkare för att kunna behandlas »i tid«.
- Arbetsuppgifter som kräver läkarkompetens utförs av sköterskor för att klara tidsgränserna.
- Arbetsuppgifter som inte omfattas av vårdgarantin (journalföring, intygsskrivning med mera) ges lägre prioritet.
- Det egna länets patienter ges sämre vård än patienter från externt betalande landsting.

Vårdgarantin ger dessutom upphov till merarbete för läkarna. Vi måste finna sätt att kringgå garantin för att kunna ge våra patienter den vård som den statliga prioriteringsordningen och den medicinska etiken kräver. Vårdgarantin ger i all sin bristfällighet upphov till en klart sämre arbetsmiljö för läkare och övrig sjukvårdspersonal.

Ar 2002 började Danmark en marknadsut-sättning av hälso- och sjukvården. Avsikten var att alla patienter skulle få behandling snabbare. Lagen gav patienterna möjlighet att få behandling vid ett privatsjukhus om väntetiden till den offentligt finansierade vården överskred en månad. Detta har visat sig väldigt dyrt och därför har debatten om prioriteringar i Danmark fått ny fart.

I en undersökning konstateras att över 70 procent av specialitetsföreningarna bedömer att patienter med störst behandlingsbehov inte nödvändigtvis kommer först till behandling; dessutom att medicinska patienter åsidosätts till fördel för kirurgiska.

Den danska regeringen vill införa en differentierad vårdgaranti där allvarligt sjuka patienter prioriteras. Förslaget som ges är att avveckla den allmänna garantin och ersätta den med en garanti om bedömning inom en månad; en eventuell behandling ska sedan kunna vänta i tre månader. Prioriteringen ska skötas av läkare och baseras på svårighetsgrad. En sådan evidensbaserad prioriteringsmodell finns i Norge och Storbritannien.

Konklusion: Vi måste prioritera och prioritera rätt och riktigt. Någon måste komma före någon annan. ■



Marie Wedin
ordförande
i Läkarförbundet
marie.wedin@slf.se