



Fördjupad granskning av prioriteringar

En fördjupad revisionsgranskning på uppdrag av
de förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Jönköpings län

Helseplan Sverige AB

Anna Roland
Dag Gjestebj

2006-05-04

Sammanfattning

De förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Jönköpings län har gett i uppdrag åt Helseplan Sverige AB att granska utfallet av prioriteringar inom landstinget. Granskningen är en fördjupning av tidigare revisioner av landstingets prioriteringar, som visat att systematiskt prioriteringsarbete med utgångspunkt i medicinska behov ej sker på central nivå inom landstinget. Fördjupning av revisionen av prioriteringar utgår från revisorernas intresse att värdera och förstå konsekvenserna av bristen på centralt systematiskt prioriteringsarbete.

Faktiska prioriteringar på landstingsnivå bygger i hög grad på mätningar av tillgänglighet och väntetider, som uppmärksammas systematiskt i landstingets styrning. Motsvarande uppmärksamhet på hur vårdbehov tillgodoses i relation till sin medicinska prioritet saknas. Landstinget saknar därför möjlighet att följa upp om de horisontella prioriteringar som uttrycks med budget innebär att resurserna fördelas enligt nationellt övergripande riktlinjer för prioriteringar.

Granskningen har innefattat fem specialiteter – urologi, vuxenpsykiatri, hörselvård, hudsjukvård och rehabilitering. I granskningsrapporten redovisas iakttagelser från dessa områden med relevans för en värdering av balansen mellan behov av vård och tillgång till vård för olika patientgrupper.

Granskningen visar att Landstingets fokus på tillgänglighet har varit framgångsrikt och att väntetider påverkats gynnsamt av beslutade och genomförda satsningar. Själva mätningen av tillgänglighet uppfattas ha bidragit till såväl politiska beslut om extra resurstilldelning som till enskilda effektivitetshöjande projekt genom förändring av arbetssätt etc.

Granskningen visar också exempel på otillgodosedda eller otillräckligt tillgodosedda behov, som inte synliggörs genom mätningar av tillgänglighet och som inte heller prioriterats i centrala beslut om extra resurser.

Den utvidgade vårdgarantin uppfattas ha haft betydelse för de prioriteringar som gjorts på landstingsnivå när det gäller säkring av väntetider i de verksamheter som mäts inom ramen för vårdgarantin. Garantins bakomliggande generella principer avseende prioriteringar enligt medicinska behov och säkring av vård till kroniskt sjuka, som ej omfattas av den, tycks dock ej ha beaktats.

Principiell fråga av intresse med anledning av granskningen är konsekvenser av den intressekonflikt som finns mellan vårdgarantins mål angående väntetider och hälso- och sjukvårdslagens mål om behovsstyrning av sjukvården.

I den avslutande analysen diskuteras dessa frågor med utgångspunkt i påvisade exempel på otillgodosedda behov, dvs när det faktiska utfallet av landstingets prioriteringar inte är i överensstämmelse med övergripande riktlinjer för prioriteringar.

Risken med nuvarande system är, vilket granskningen visar, att centralt beslutade prioriteringar riktas i första hand till vårdbehov som uppmärksammas i väntetidsmätningar medan andra vårdbehov kan försummas, även om den medicinska prioriteten där är högre.

Slutsatsen är att landstinget rekommenderas komplettera fokus på tillgänglighet med metoder som fokuserar behov, i syfte att säkra vård enligt övergripande riktlinjer även till grupper som varken är medialt uppmärksammade eller synliggörs genom väntetidsmätningar.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning.....	3
1 Inledning.....	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte och avgränsningar	4
1.3 Metod och utgångspunkter.....	4
1.4 Rapportens disposition	4
2 Vårdbehov och verksamhet.....	5
2.1 Urologi.....	5
2.2 Psykiatri	8
2.3 Hörselvård	11
2.4 Hudsjukdomar.....	13
2.5 Rehabilitering	15
3 Prioriteringar	18
3.1 Riktade prioriteringar	18
4 Jämförande kommentarer	19
4.1 Mellan sjukvårdsområden.....	20
4.2 Mellan specialiteter	20
5 Vårdgaranti 2005.....	21
5.1 Iakttagelser med avseende på vårdgarantin.....	23
5.2 Kommentar angående vårdgarantin	23
6 Analys, diskussion och rekommendation	23
6.1 Förutsättningar	24
6.2 Granskningens frågeställningar	25
6.3 Analys och diskussion	25
6.4 Rekommendation	27

1 Inledning

1.1 Bakgrund

De förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Jönköpings län har gett Helseplan Sverige AB uppdraget att genomföra en fördjupad granskning av utfallet av landstingets faktiska prioriteringar. Tidigare granskningar har visat att systematiska horisontella prioriteringar, baserade på övergripande riktlinjer med utgångspunkt i kriterier för prioritering av behov, inte görs på landstings- eller förvaltningsnivå. Faktiska horisontella prioriteringar inom landstinget är konsekvensen av beslut om budget. Tidigare granskningar har också visat en tydlig inriktning på god tillgänglighet. En risk med en sådan inriktning är att vården kan bli mer styrd av efterfrågan än av behov, trots att övergripande regler föreskriver att högre prioriterade behov ska sättas före lägre prioriterade.

1.2 Syfte och avgränsningar

Syftet med föreliggande granskning är att kartlägga det faktiska utfallet av landstingets sätt att styra verksamheten med avseende på medicinska behov och hur de prioriteras. Viktiga frågeställningar har varit:

1. I vilken utsträckning förekommer det att lägre prioriterade behov ges tillgång till vård medan andra högre prioriterade behov får vänta längre
2. Satsas extra resurser på verksamheter med högre prioriterade vårdbehov eller på verksamheter där väntetiderna är långa oavsett prioritetsgrad?
3. Är balansen mellan vårdbehov och vårdtillgång bättre för medicinskt högre prioriterade vårdbehov än för lägre?

Underlaget för granskningen är hämtat från landstingets verksamhet inom specialiteterna urologi, vuxenpsykiatri, hörselvård, hudsjukdomar och rehabilitering. Jämförelser mellan specialiteter resp sjukvårdsområden är möjliga endast i ett översiktligt perspektiv, då direkta kopplingar saknas mellan vården inom specifika diagnosområden och resursåtgång för denna vård, t ex kostnaden för vård vid urologisk cancer, vid stroke, vid förstämningssjukdom osv.

1.3 Metod och utgångspunkter

Granskningen är genomförd som en dokument- och intervjustudie. I underlaget ingår budget och handlingsplaner på central, förvaltnings- och klinisknivå 2005, landstingets årsredovisning 2004 samt intervjuer med ansvariga inom berörda områden. Ekonomiansvariga per förvaltning resp centralt har inte intervjuats, då det framkom att det inte är möjligt att per diagnosområde göra kopplingar mellan medicinska prioriteringar och ekonomisk styrning. Utgångspunkt för analysen är de övergripande riktlinjerna för prioriteringar i kombination med de medicinska synpunkter som framförts i intervjuer.

1.4 Rapportens disposition

Kapitel 2 beskriver de undersökta verksamhetsområdena med syfte att ge en bild av behov inom olika diagnosgrupper /patientgrupper och i vilken utsträckning de tillgo-

doses. Beskrivningen innehåller även fakta om verksamheten 2004, för att ge möjlighet till jämförelser med avseende på resursåtgång och resursutnyttjande. Redovisningen per specialitet avslutas med en kommentar.

I kapitel 3 redovisas hur landstinget styrt resurser till specifika områden i den mån så skett. Kapitel 4 ger beskrivning och kommentarer av verksamheterna utifrån ett jämförande perspektiv. Den utvidgade vårdgarantin och iakttagelser i relation till denna beskrivs i kapitel 5. Rapporten avslutas i kapitel 6 med sammanfattande kommentarer, analys och rekommendationer. För att minska textmassa och underlätta läsbarhet används ibland begreppet Ryhov för Länssjukhuset Ryhov, Höglandet för Höglandssjukhuset och Värnamo för Värnamo sjukhus.

2 Vårdbehov och verksamhet

2.1 Urologi

2.1.1 Vårdens organisation

Urologi bedrivs i alla sjukvårdsområden och organiseras inom kirurgklinikernas verksamhet. Prioriteringar och vårdprogram är i huvudsak gemensamma liksom rutinerna för deltagande i nationella kvalitetsregister.

Det råder generell brist på specialister inom urologi. Vid Ryhov har man huvudsakligen lyckats bemanna efter behov medan problemen är större vid Värnamo och Höglandets sjukhus. En förutsättning för förmågan att rekrytera och behålla specialister är att verksamheten är tillräckligt mångfasetterad och innehåller de svårighetsgrader som stimulerar specialisterna. Denna aspekt gäller givetvis de flesta specialiteter, men har störst betydelse där rekryteringssvårigheter finns.

Fördelning av verksamhet inom olika diagnosområden är föremål för diskussion, t ex behandling vid cancer resp vid stensjukdomar, dvs stenar i urinvägarna.

Sällan förekommande *cancersjukdomar* behandlas vid Ryhov och Höglandet. Det fanns en planering att centralisera vården till Ryhov i samverkan med Östergötland, men samtidigt önskemål från Höglandet att behålla verksamhet även där. Bakgrunden är Höglandssjukhusets förmåga att rekrytera och behålla urologer, som är avhängig av innehållet i verksamheten och påverkas negativt om vården av ovanlig cancersjukdom flyttas därifrån. Värnamo remitterar patienter för prostatectomi eller cystectomi till Ryhov.

Behandling av *stensjukdomar* är för närvarande organiserad så att all stötvågsbehandling av njurstenar sker vid Ryhov och percutan och laserbehandling i Värnamo.

Ryhov fungerar huvudsakligen som länsdelsklinik och har inget generellt länsansvar inom något diagnosområde inom specialiteten.

Problemområden är förutom bemanning av specialisttjänster även förmågan att klara vårdgarantin när det gäller benign sjukdomsdiagnos (ex. milda vattenkastningsbesvär, prostatit m.m.) samt andra vårdbehov, t ex sterilisering. Liksom inom andra specialiteter med liknande problematik försöker man lösa det genom att rekrytera såväl specialister (även internationellt) som läkare till ST-utbildning inom urologi. I dagsläget står t ex Höglandet inför en möjlig bristsituation i samband med bl a kommande pensionsavgång senare under 2006.

2.1.2 Behov och verksamhet

Behoven inom urologi ökar i takt med den medicinska utvecklingen. Bl a ökar diagnostiska möjligheter när det gäller prostatacancer. Det innebär att fler patienter behöver bedömning av specialist i urologi. I aktuell väntetidsredovisning på internet framgår att under hösten 2005 uppnåddes vårdgarantin för 50-81 procent av patienterna till urologmottagning (Värnamo 50%, Ryhov 54% och Höglandet 81%).

En svårighet som nämnts är att göra rätt prioritering av remisser för bedömning när diagnosen inte är känd. Målet är givetvis att maligna sjukdomar skall prioriteras före benigna, men med okänd diagnos är detta en omöjlig uppgift. Alla remisser där malign sjukdom kan misstänkas prioriteras därför till mottagningen före remisser med misstanke om benign prostatasjukdom, som i sin tur prioriteras före remisser med känd (benign) diagnos.

Högst prioritet inom urologin har de *maligna sjukdomarna*, framför allt tumörer i urinblåsa och prostata. Inget i granskningen talar för otillräcklig tillgång till vård för denna patientgrupp. I förstudie framkom uppgift om svårigheter att klara återbesöksintervall enligt vårdprogram, men det förefaller som om man nu vid samtliga sjukhus uppnår ambitionen att följa programmet i även detta avseende.

Flera av dem som undersöks på misstanke om malignitet kan efter utredning visa sig representera *benign sjukdom*, t ex prostataförstoring. Tillflödet av remisser som måste prioriteras av medicinska skäl är av sådan omfattning att andra diagnosområden med känd benign diagnos trängs undan helt eller delvis, t ex *vattenkastningsbesvär* av lindrig grad eller önskemål om sterilisering. Det betyder att väntetiderna här blir längre. Hittills klaras vårdgarantin inte helt för dessa patienter.

Uppföljningen efter behandling påverkas av otillräcklig tillgång till mottagning. Tidigare har det funnits svårigheter att upprätthålla de intervall mellan kontroller som föreskrivs i vårdprogrammets riktlinjer. För patienter med malignitet klarar man numera att göra det.

Manlig sterilisering är en urologisk-kirurgisk vårdåtgärd ej sällan på andra indikationer än medicinska. Det förklarar att man på vissa håll valt att undanta åtgärden från landstingsfinansierad verksamhet, t ex i Östergötland. I Landstinget i Jönköpings län har sådan avgränsning ej införts och patienter som söker för sterilisering har därför enligt landstingets regler rätt till vård enligt vårdgarantin. Den medicinska prioriteringen är låg och det innebär väntetider för dessa patienter. Det är en skillnad jämfört med förhållandet för sterilisering hos kvinnor, som görs i landstinget inom vårdgarantins tidsramar.

Ingen skillnad mellan sjukvårdsområdena har framkommit när det gäller balansen mellan behov och tillgång till vård för den lägst prioriterade patientgruppen.

2.1.3 Produktionsstatistik

Urologin är i samtliga sjukvårdsområden integrerad i kirurgklinikerna och få uppgifter som särredovisar urologisk verksamhet finns tillgängliga. Motiverat av svårigheter att klara balansen mellan tillgång och efterfrågan på vård har extra medel beslutats under 2005 och klinikerna ökar under vintern-våren 2006 mottagningsverksamheten med kvällsmottagningar för att minska väntelistorna. De extra insatserna beräknas ge väntetider i balans med vårdgarantins tidsramar under våren-sommaren 2006.

Här presenteras den samlade statistiken i urval för kirurgklinikerna. Hur stor del av kirurgin som utgörs av urologi kan beräknas på olika sätt, men uppges utgöra i genomsnitt omkring 25-40 procent av kirurgklinikernas verksamhet.

Tabell 1. Vårdproduktion inom kirurgi 2004 (antal)						
	ÖV Läkbesök	ÖV Övr besök	Vtf	Disp vpl	Vårdtid dygn	Belägg
Höglandet	15 599	1 485	3 693	54	14 289	71,8%
Ryhov	22 110	2 400	4 861	60	18 383	83,7%
Värnamo	11 861	1 259	2 834	36	11 303	86,0%

Tabell 2. Prestationsrelaterade kostnader 2004 inom specialiteten KIRURGI (kronor)		
	Läkarbesök	Besök annan kategori
Höglandet ¹	2 549	637
Ryhov	3 418	854
Värnamo	3 157	789

2.1.4 Kommentar Urologi

Urologsektionernas samverkan inom landstinget ger bilden av en "virtuell" gemensam urologklinik, vars huvudfråga i dagsläget framför allt handlar om kopplingen mellan verksamhetens innehåll per sjukhus och förmågan att rekrytera specialister. Fördelning av verksamhet påverkas av såväl landstingets ambition att upprätthålla tre akutsjukhus som de enskilda klinikernas ambition att upprätthålla hög medicinsk kompetens inom specialiteten. Ett dilemma vid rekrytering av urologspecialister är att man vid internationell rekrytering får läkare som saknar bredden och därmed inte enkelt kan integreras i jourtjänstgöring/bakjourssystem. Uppgiften att balansera målet hög effektivitet i resursutnyttjande med målet tre akutsjukhus med urologisk verksamhet tycks vara en viktig fråga för specialiteten, sjukvårdsområdena och landstinget att fokusera. För patienterna och i ett prioriteringsperspektiv är detta kanske inte ett problem idag, men frågan framstår som ett möjligt framtida bekymmer.

Tillgång till kirurgi för sterilisering är otillräcklig. Den medicinska prioriteringen är låg, men inga signaler har kommit från centralt håll i landstinget att denna vårdefterfrågan kan prioriteras bort. Sterilisering av kvinnor på i huvudsak motsvarande indikationer sker inom landstinget med väntetider inom ramen för vårdgarantins gränser, enligt uppgift. Detta är givetvis en konsekvens av en skillnad i balans mellan vårdbehov (eller vårdefterfrågan) och tillgång till vård hos dem som utför vård för män respektive för kvinnor i just detta avseende. Inom landstinget finns således en skillnad mellan könen, knappast förenlig med accepterade kriterier för prioriteringar.

Urologins tillgänglighetsproblematik har blivit medialt uppmärksammat och har även prioriterats i centralt beslutade extra satsningar. Det innebär att samtliga kliniker under 2006 utökar sin verksamhet med kvällsmottagningar med ordinarie personal på övertid, för att minska sina väntelistor. Satsningens förmåga att bidra till att även efterfrågan av steriliseringar kommer att kunna tillgodoses återstår att värdera. Intrycket i granskningens intervjuer är att möjligheterna att så blir fallet är begränsade.

¹ Gemensam administration för kirurgi och ortopedi vid Höglandets sjukvårdsområde.

2.2 Psykiatri

2.2.1 Vårdens organisation

Allmän psykiatri bedrivs med öppen och sluten vård inom alla tre sjukvårdsområdena i tre psykiatriska kliniker. Brist på specialister råder liksom i landet i övrigt och är ett av verksamhetens mest framträdande problem. Aktuellt observandum är också ökande antal personer som döms till rättspsykiatrisk vård, enligt lag högst prioriterat inom psykiatrin.

För att klara behovet av vårdplatser används köp av sådana tjänster utanför landstinget, i första hand i Vadstena men platser med större geografiskt avstånd utnyttjas också, t ex Växjö och Sundsvall. Endast omkring hälften av de rättspsykiatriska patienterna kan omhändertas inom landstinget och då endast med utnyttjande av psykiatriska intensivvårdsplatser (PIVA), som egentligen är avsedda för andra patientgrupper. Den rättspsykiatriska vården kan därför sägas tränga undan andra vårdbehov.

Kliniken vid Ryhov är betydligt större än de två andra, räknat i antal medarbetare i relation till invånarantal. Bakgrunden är givetvis att jönköpingskliniken är till del en läns gemensam resurs, som utgörs av rättspsykiatri, PIVA, akutmottagning dygnet runt, avdelning för beroendevård samt utredningsteam inom neuropsykiatri. Användningen av länsresursen är ett område för diskussioner inom specialiteten. I intervjuer ges intrycket att de två mindre klinikernas möjlighet att utnyttja vårdplatser och specifik kompetens inte är tydligt definierad i den utsträckning de uttrycker behov av.

Samverkan mellan klinikerna är enligt intervjuer begränsad, huvudsakligen till överenskommelser om vårdprogram, prioriteringsordning och kvalitetssäkring/ indikatorer. Ett gemensamt överenskommet vårdprogram gäller ansvarsfördelning mellan psykiatrin och primärvården avseende patienter med psykiatriska symptom av sådan karaktär som ej nödvändigtvis kräver psykiatrisk kompetens, t ex förstämningssyndrom, svåra sorgereaktioner och liknande besvär. Psykiatrin har här ett konsultativt ansvar och har dessutom tillfört ekonomiska resurser till primärvården för paramedicinsk insats.

2.2.2 Behov och verksamhet

Psykiatrin använder en gemensamt överenskommen prioritetsordning som ansluter till övergripande riktlinjer och toppas av tvångsvård. Högsta prioritet inom psykiatrin har patienter som vårdas enligt LRV respektive LPT². För patienter med lägre medicinsk prioritet är tillgången till vård ej helt tillfredsställande, enligt intervjuer. Exempel är personer med neuropsykiatrisk diagnos, förstämningssjukdomar, sjukdomar eller tillstånd med koppling till psykosociala faktorer (t ex utbrändhet/motsvarande) samt ätstörningar.

Rättspsykiatriska fall har ökat från omkring 5-6 till 18-20 fall per år, som följd av ändrad rättspraxis. Det finns därmed ett behov av förstärkning med rättspsykiatriska vårdplatser inom länet. Komplettering med köp av tjänster utomläns täcker inte behoven av rättspsykiatrisk vård, vilket innebär att också den egna psykiatriska intensivvårdsavdelningen på Ryhov, används för patienter under LRV. Det är inte ovanligt att omkring hälften av vårdplatserna på avdelningen används för rättspsykiatriska patienter.

² LRV: Lag om rättspsykiatrisk vård. LPT: Lag om psykiatrisk tvångsvård

Ökningen av rättspsykiatriska fall påverkar tillgången till vårdplatser för andra patienter, som är i behov av vård på PIVA. Eftersom avdelningen är länsresurs har detta konsekvenser för hela landstingets psykiatri, t ex ökad användning av extravak vid andra psykiavdelningar. Att patienter med intensivvårdsbehov vårdas på vanliga psykiavdelningar med extravak innebär givetvis att den terapeutiska miljön på dessa avdelningar försämras.

Personer med en kombination av *missbruk* och psykisk störning av något slag representerar ett ökande vårdbehov. Det innebär allt större andel beroendevård på psykiatriska slutenvårdsplatser.

Depression med självmordsrisk prioriteras högt liksom andra tillstånd med risk för skada på patienten själv eller personer i omgivningen. I övrigt finns ringa möjlighet att prioritera depressiva tillstånd eller *förstämningstillstånd*. Tillgången till psykiatrisk specialistkompetens för denna patientgrupp är begränsad, åtminstone delvis i länet. Inte alla förstämningstillstånd klassas som psykiatrisk sjukdom, men personen kan ändå ha behov av psykiatrisk specialistvård eller vård genom specialiserad paramedicinsk personal inom den psykiatriska organisationen. Ett exempel är svåra sorgereaktioner. Primärvårdens möjligheter till ett högkvalitativt omhändertagande motsvarar inte alltid behoven, enligt intervjuer, och det förefaller finnas skillnader inom länet avhängiga av hur väl primärvården uppfattas fungera. Detta är inte närmare utrett i granskningen.

Vården bygger i övrigt i hög utsträckning på tillgång till personal med annan kompetens inom de psykiatriska klinikerna. Det är oklart i vilken utsträckning detta förhållande innebär negativa konsekvenser, men är inte uteslutet att så är fallet. Det finns en ambition att patienter åtminstone ska få en första bedömning hos psykiater. Detta säkras inom Höglandet i en remiss- och bedömningsenhet med besök hos specialist eller erfaren ST-läkare för alla remissfall, men behovet tillgodoses ej i samma utsträckning i hela länet.

En annan kategori av behov som uppges alltför lite uppmärksammas finns hos personer som sviktar av skäl med koppling till arbetslivet. *Psykiska belastningsskador (utbrändhetstillstånd/motsv.)* eller motsvarande har blivit allt vanligare. En stor andel av de drabbade är unga personer, så även i Jönköpings län. En viktig synpunkt som framkommit i intervjuer är att arbetslivsrelaterade tillstånd med psykisk eller psykosocial svikt kan och bör förebyggas systematiskt i betydligt större utsträckning än vad som sker idag och i samverkan mellan olika aktörer i samhället, däribland landstinget.

Åtstörningsproblematik som idag sköts så gott man kan utan optimal vårdorganisation finns i sådan utsträckning att en särskild enhet skulle behövas. Det rör sig om ett begränsat antal patienter och idag kan vård ges, men inte med den vårdkvalitet och de metoder som anses allra bäst. Därför finns en önskan att utveckla vårdformen och det ställer krav på särskilda resurser.

Rehabilitering i samband med psykiatrisk sjukdom eller psykisk svikt av andra skäl är ytterligare ett bristområde. Behoven är stora men tillgodoses endast i begränsad omfattning.

Aktuell väntetidsredovisning på internet visar att vårdgarantin uppnåddes under hösten 2005³.

Sammantaget är vårdbehoven inom psykiatrin växande och från samtliga sjukvårdsområden ges intrycket att psykiatrins resurser växer procentuellt mindre än den somatiska vården och för lite i relation till behoven.

2.2.3 Produktionsstatistik

Tabell 3. Vårdproduktion inom PSYKIATRI 2004 (antal)						
	ÖV Läkbesök	ÖV Övr	Vtf	Disp vpl	Vårdtid	Belägg
Höglandet	5 047	19 212	469	30	9 970	91,1%
Ryhov	10 040	52 969 Arbrehab 3 938 Fysioterapi 1 070	2 747	92	33 426	102,7%
Värnamo	2 650	19 514	504 Rehabenh 49	19 Rehabenh 10	5 485 Rehabenh 2 419	79,1%

Tabell 4. Prestationsrelaterade kostnader 2004 inom specialiteten PSYKIATRI (kronor)		
	Läkarbesök	Besök annan kategori
Höglandet	4 728	1 182
Ryhov	4 049	1 012
Värnamo	2 968	950 Psykolog 2 194

2.2.4 Kommentar Psykiatri

Intrycket i granskningen av den psykiatriska vården inom landstinget är att det förefaller svårt att skapa en sann bild av relation mellan vårdbehov och tillgänglighet genom enkla mått.

Personer i behov av psykiatrisk vård får tillgång till vård men möjligen inte med önskvärd kvalitet, åtminstone inte i hela landstinget. Exempelvis är uppnådda mål avseende väntetider till mottagningar givetvis tillfredsställande, men inte om det sker på bekostnad av kvalitet, t ex genom att alla patienter ej bedöms av psykiater, vilket uppges önskvärt. Paramedicinsk personal inom den psykiatriska vården kanske får ta hand om mer än vad som är önskvärt utifrån ett kvalitetsperspektiv. Ett annat exempel på möjlig kvalitetsbrist är när slutna vård av patienter i behov av övervakning inverkar negativt på den terapeutiska miljön för andra patienter på avdelningen, vilket anges förekomma i ökad utsträckning som följd av otillräcklig tillgång till PIVA.

Ett bristområde, som nämnts i intervjuer, är psykiatrins förmåga att hjälpa personer med ätstörningar. Kunskaper finns men resurser saknas att bedriva vård av den kvalitet som är önskvärd. Brister av detta slag är svåra att synliggöra i uppföljningar och redovisningar – om en viss vårdform inte finns inom landstinget går det inte heller att redovisa väntetider till den.

³ Redovisningen ofullständig (mars 2006), då uppgifter från Ryhov saknas.

Vårdkvaliteten förefaller inte säkrad för flera grupper som psykiatrikern känner ett ansvar för: personer med förstämningssyndrom, självdestruktiva unga, stressrelaterade sjukdomar, neuropsykiatrisk sjukdom. I ett samhällsperspektiv är det tydligt att förebyggande åtgärder är viktiga. Psykiatrikern kan knappast anses ha huvudansvar, men psykiatrisk och psykosocial kompetens kan behöva tas i anspråk för en sådan verksamhet. Ett utvecklat helhetsperspektiv i samverkan mellan landsting och andra aktörer förefaller önskvärt för att säkra vårdbehov som ej alltid uttrycks av de personer som har dem.

I ljuset av landstingets övergripande inriktning mot bra folkhälsa när det gäller bl a viktkontroll och tobaksbruk kan det finnas anledning att i ökad utsträckning också uppmärksamma det folkhälsoproblem som representeras av utbrändhetsdiagnoser och liknande stressrelaterad symtomatologi. Särskilt angeläget framstår det eftersom dessa problem är av arten att förebyggande åtgärder kan antas vara effektiva samt att sjukskrivningar ofta blir långvariga och att många drabbade är unga personer.

Definitionen av vad som är länsresurs och hur den kan användas framstår i granskningen som ett utvecklingsområde. Intervjuer och synpunkter från de olika sjukvårdsområdena skiljer och bilden av den gemensamma resursens användning tecknas olika av jönköpingskliniken i jämförelse med de två andra. Om det finns en faktisk skillnad mellan sjukvårdsområdenas tillgång till en länsgemensam resurs är inte klarlagt i granskningen. En sådan skillnad skulle innebära en prioritering på ej acceptabel grund, dvs att bostadsorten blir avgörande för vårdtillgång och/eller -kvalitet.

2.3 Hörselvård

2.3.1 Vårdens organisation

Hörselvården i länet är organiserad inom Öron-näs-hals (ÖNH), som i sin tur är självständig basenhet/klinik vid Ryhov men administrativt inordnad i kirurgklinikerna vid Höglandet och i Värnamo. ÖNH-delen inom kirurgklinikerna på Höglandet respektive i Värnamo har egen budget och enheterna styrs i princip av vårdenhetschefer. ÖNH-läkare i Värnamo har varit delvis kirurgiskt verksamma vid Ryhov, ett samarbete som dock upphörde vid årsskiftet 2005/2006. Hörselvården vid Ryhov fungerar i hög utsträckning som en självständig enhet under en enhetschef.

På Höglandet finns hörcentral både i Eksjö och Nässjö. Det är ett nära samarbete mellan hörcentraler och öronmottagningar, men hörcentralerna har egen personal. Öron-näs-halsmottagningar och hörcentraler i Eksjö och Nässjö har organiserats i en gemensam enhet sedan 2004. Under 2005 genomfördes fler förändringar i organisation och arbetssätt, med syfte att optimera resursutnyttjandet. En viss utökning av personalstyrkan genomfördes också, bl a förstärkning av audionomfunktionen, både genom anställning och köp av tjänster. Arbetet ledde till reducerad väntetid till hörcentralerna från 127 veckor vid årsskiftet 2004/2005 till 8-10 veckor under hösten 2005.

Hörcentralen vid Ryhov har haft långa väntetider men genom utökning av audionomtjänster och köp av externa tjänster för hörselmätningar samt extra medel för hörapparater har de kunnat minskas. Vårdgarantin klaras enligt redovisning under granskningsperioden, men förändrad personalsituation påverkar verksamheten och den mest aktuella tendensen är åter ökad väntetid.

Audiolog (läkare med specialisering inom hörselvård) har tidigare funnits vid Ryhov men för närvarande saknas specialistkompetensen inom länet, vilket har negativa konsekvenser. Patientgrupper med särskilda behov av audiologisk kompetens är t ex barn och personer med tinnitusbesvär. Audionomernas behov av stöd och handledning i omhändertagandet av mer komplicerade rehabiliteringsfall tillgodoses också i otillräcklig utsträckning när tillgången till audiolog är begränsad.

I Värnamo har hörcentralen vuxit. Förstärkningen har resulterat i att man klarar väntetiderna utan problem för utprovning av nya hörapparater. Däremot finns fortfarande vissa svårigheter att klara uppföljningar och kontroller. Det ges heller inte utrymme för preventivt arbete, t ex möjligheten att ta tillvara aktuell vetenskap om bullerskador i systematiskt förebyggande åtgärder. Effektiviseringar i arbetssätt, bl a i samverkan med primärvården, har gjorts systematiskt. Remisser från primärvården har härigenom förbättrats så att man idag mäter 87% "godkända" remisser jämfört med omkring 20% tidigare. Verksamhetens styrka ligger i den lilla enhetens flexibilitet och korta beslutsvägar, personalens lojalitet och förmågan att organisera arbetssätten på ett optimalt sätt. Svagheter finns i svårigheter att rekrytera kompetent personal.

Det finns ett önskemål om en starkare koncernsyn i länet även inom hörselvården.

2.3.2 Behov och verksamhet

Behoven av hörapparater och av hörselvård överhuvudtaget förefaller öka i takt med den medicinska utvecklingen och befolkningens ökande ålder. Den medicinska utvecklingen inom tinnitusforskning liksom nya metoder att operativt åtgärda grav hörselnedsättning har bidragit till ökade behov inom hörselvården. Fler personer med lätta hörselnedsättningar och/eller tinnitus söker hörselvården, kanske som en konsekvens av ökade krav i arbetslivet på kommunikativ förmåga. Ett ökat behov iakttas också hos personer med andra funktionsnedsättningar, ex demens eller stroke, vilket utgör resurskrävande grupper där hörselrehabiliteringen har stor betydelse för individen.

Liksom i övriga landsting är hörapparater avgiftsbelagda – patienten betalar egenavgift 500 kronor, hörapparaterna är i övrigt kostnadsfria upp till 4000 kronor. Överskjutande del betalas av patienten.

Långa väntetider till utprovning av hörapparat har uppmärksammats och prioriterats politiskt med utökning av medel. Med målet att uppnå vårdgarantin för hörselvård avsattes under 2005 medel för ökning av antal audionomer som sköter utprovningar, inköp av audionomtjänster externt samt ökat inköp av utrustning.

Väntetiderna minskade därigenom avsevärt och idag förefaller det som om hörselvården i hela länet huvudsakligen uppfyller landstingets tillgänglighetsmål och vårdgarantin. För att uppfylla vårdgarantins första led påverkas övriga led i rehabiliteringsprocessen, då intervallen mellan återbesök inte kan hållas så korta som är önskvärt. Varje audionom handlägger fler patienter och väntetider till återbesök har ökat 6-10 veckor utöver det som bedöms optimalt i rehabiliteringsprocessen. Däremot har de kortare väntetiderna till nybesök avsevärt minskat behovet av akuta besök hos audionom.

Aktuell väntetidsredovisning på internet visar uppnådda mål enligt vårdgarantin för 97 procent under hösten 2005.

2.3.3 Kommentar Hörselvård

Hörselvården och väntetider till hörapparatutprovningar har varit ett prioriterat politiskt område och ökade resurser har gett goda resultat. Hörselnedsättning är ett handikapp för den enskilde och närstående med betydande påverkan på livskvaliteten. Det kan givetvis också ha betydelse för andra vårdbehov, förmåga att klara sig utan stöd av samhället etc.

I ett samhällsperspektiv kan det finnas anledning att reflektera över hur behovet av hörhjälpmedel bör värderas i relation till andra vårdbehov, precis på samma sätt som alla vårdbehov bör ställas i relation till varandra. Frågan får givetvis ringa betydelse för den vårdgivare som klarar att tillgodose alla vårdbehov med adekvat vårdkvalitet och inom vårdgarantins tidsramar. Om å andra sidan så inte är fallet finns det anledning att i styrningen av resurser beakta prioriteringsaspekten före tillgänglighetsaspekten.

Landstinget i Jönköpings län har haft ekonomiska resurser att öka volymen på hörselvården och har valt att göra det för att minska väntetiderna. Om besluten föregåtts av en värdering av behov inom hörselvård ställt mot andra behov inom landstingets verksamhet är oklart.

2.4 Hudsjukdomar

2.4.1 Vårdens organisation

Slutenvård inom hudspecialiteten är lokaliserad till Ryhov. Öppenvård finns i Jönköping, Nässjö och Värnamo. På Högländet bemannas läkartjänsten av läkare från hudkliniken vid Ryhov. I Värnamo finns en enhet för hudsjukdomar inom medicinkliniken. Under en period med läkarbrist i Värnamo har Ryhov bidragit genom att läkare därifrån tjänstgjort regelbundet vid mottagningen i Värnamo. Trots det har väntelistorna i Värnamo ökat under perioden med läkarbrist.

Samarbetet är nära och regelbundet mellan norra och södra länsdelen, med rutinemässiga möten för läkarna varje månad. Programgrupp finns för hudsjukdomar men aktiviteten har varit begränsad och behovet av samverkan förefaller i hög grad täckas genom de månatliga mötena. Vårdprogram, metodutveckling etc sker i nära samverkan. Viss samverkan förekommer även mellan övrig personal.

Gemensam hudklinik i länet är föremål för diskussion. Fördelar skulle kunna vara en jämn fördelning av arbetsbelastning och tydligare koppling mellan behov och resurser. I dagsläget är hudverksamheten i Värnamo administrativt tillhörig medicinkliniken och enhetens årliga överskott redovisas i medicinklinikens resultat.

2.4.2 Behov och verksamhet

Vårdbehov inom hudspecialiteten påverkas av förutsättningar i Smittskyddslagen. Antalet patienter med diagnoser som faller inom denna lag har ökat kraftigt, särskilt förefaller detta gälla *klamydiainfektioner*. Under 2005 registrerades i landstinget Jönköpings län 1102 fall av klamydiainfektion (anmälda enligt smittskyddslagen). Det motsvarar mer än dubbelt antal fall jämfört med år 2000, en ökning som förekommer i hela landet. Andelen sjuksdomsfall i Jönköpings län ligger i genomsnitt dock lägre än i landet som helhet. En del i omhändertagandet är lagstadgad smittspårning, som handhas genom smittspårningsresurs i alla tre länsdelar vilka förstärkts samt en samordnande länsfunktion vid Ryhovskliniken.

Vården av patienterna är dock ett ansvar för klinikerna. För hudspecialitetens del innebär det en ökad tillströmning till mottagningarna och t ex vid Ryhov utgörs nu omkring en fjärdedel av besöken av sexuellt överförbar sjukdom (STD).

För STD finns behov av både den lagstadgade anmälan och smittspårningen, rätt medicinsk behandling och ett väl anpassat bemötande. Risker med brister i bemötande är bl a livslång sexuell invaliditet. Det gäller såväl patienter med konstaterad könssjukdom som dem som söker med oro för sådan sjukdom. Sammantaget representerar sjukdomsgruppen således ett omfattande vårdbehov.

Hudtumörer är ett annat diagnosområde som också ökar, t ex melanom eller misstänkta melanom. I takt med att människor blivit bättre insatta i risker har också oron för elakartade hudförändringar tilltagit. För hudmottagningarna betyder det en ökad tillströmning av personer med hudförändringar som är eller misstänks vara elakartade. Inom landstinget finns även en grupp personer (ca 100) med ärftlig benägenhet för melanom och dessa följs upp kontinuerligt.

Prioriterade diagnoser i övrigt är allvarliga *dermatoser*, *psoriasis*, eksem och svårbehandlade *bensår*.

Den ökade vården av sexuellt överförbara sjukdomar och hudtumörer har medfört undanträngningseffekter på andra diagnoser och en hög arbetsbelastning, inte minst vid Ryhov. Medicinskt lågprioriterade diagnoser, t ex behandling av kosmetologiskt besvärande vårtor, har i princip undantagits från verksamheten. För att klara behoven inom STD-vården har verksamheten organiserats om med öppen mottagning och ökning av personal som arbetar med dessa diagnosområden. Ett sätt att klara tillgängligheten för andra hudsjukdomar är att anpassa behandlingsmetoderna så att vårdinsatsen från sjukvårdens sida kan minimeras och patienterna själva tar större ansvar.

Det finns önskemål om utökning av framför allt läkarkompetensen. Sammantaget ges intrycket av en hårt pressad verksamhet, vars uthållighet kan vara i riskzonen.

Aktuell väntetidsredovisning på internet visar uppnådda mål inom vårdgarantin för 94-100 procent av patienterna.

2.4.3 Produktionsstatistik

Tabell 5. Vårdproduktion inom hudspecialiteten 2004						
	ÖV Läk	ÖV Övr	Vtf	Disp vpl	Vårdtid	Belägg
Ryhov	10 220	10 835	129	3	1 089	92,2
Värnamo	4 201	2 456				

Tabell 6. Prestationsrelaterade kostnader 2004 inom specialiteten HUD (kronor)		
	Läkarbesök	Besök annan kategori
Ryhov	1 575	394
Värnamo	1 186	296

2.4.4 Kommentar Hudsjukdomar

Tillgång till vård i relation till behov förefaller säkrad inom specialiteten, även om det finns ett påtagligt intryck av risk för kommande problem med tanke på en pressad

arbetsbelastning. Det är möjligt att verksamheten kan ha något att vinna på en förändrad organisation, vilket dock faller något utanför avgränsningen i föreliggande granskning att fördjupa.

2.5 Rehabilitering

2.5.1 Vårdens organisation

Rehabilitering organiseras i landstinget i flera enheter med olika verksamhetsinriktningar. Enheterna är organiserade med utgångspunkt i olika profiler avseende medicinskt innehåll eller avseende medarbetarnas kompetensområden. Följande enheter finns:

Rehabiliteringsmedicinska kliniken vid Ryhov. Enheten är länsresurs för rehabilitering vid hjärnskador, ryggmärgsskador och kroniska smärttillstånd m.m. hos personer under 65 år. Man har såväl öppen som sluten vård. Enheten är stängd sommartid.

Geriatrisk rehabilitering vid Ryhov. Enheten sköter rehabilitering i samband med ortopediska ingrepp, stroke, demens, Parkinson. Flertalet patienter är äldre. Slutenvård och öppenvård. En stor andel av verksamheten utgörs av ortopedpatienter medan utrymmet att ta hand om strokerehabilitering är begränsat och många av dessa sköts istället via medicinkliniken. Ambitionen inom kliniken är att räckta till för all rehabilitering för målgruppen och bli en ökad andel i omhändertagande av strokepatienterna.

Geriatrisk rehabilitering i Värnamo. Enheten sköter huvudsakligen stroke och demens, även patienter med Parkinson. Har även enstaka yngre patienter för vilka det ej funnits utrymme att bereda plats vid Medicinsk rehab vid Ryhov och enstaka med multipel scleros. Öppen och sluten vård.

Värnamo Samrehab. Enheten organiserar sjukgymnaster, arbetsterapeuter och annan paramedicinsk personal. Tar emot patienter för rehabilitering på remiss från alla kliniker och har systematisk samverkan med primärvård och kommun.

Rehabiliteringskliniken i Nässjö. Enheten är länsresurs för unga med kronisk neurologisk sjukdom, t ex MS, ALS samt osteometri och har länsdelsansvar för rehabilitering av äldre oavsett diagnos.

2.5.2 Behov och verksamhet

Stroke utgör de geriatriska rehabklinikernas största patientgrupp. Antalet strokefall i Sverige har ökat kraftigt sedan 1980-talet och ökningen är störst hos kvinnor. Omkring 30 000 nya fall inträffar varje år i vårt land. Samband mellan arbetslivsrelaterad stress och stroke förefaller finnas och det pågår forskning för att närmare klarlägga dessa samband. Rehabilitering vid stroke har tidigare varit fokuserad främst kring målet att återta kroppsliga funktioner. Eftersom stroke nu i ökande utsträckning drabbar personer i verksam ålder (ca 20 % under 65 år) finns också ett ökande behov av rehabilitering med tydligare individuell anpassning, bli med målet att personen ska kunna återgå i arbete efter sin sjukdom.

Såväl det akuta omhändertagandet som rehabiliteringen har genomgått avsevärd medicinsk utveckling. Möjligheterna att hjälpa har därmed ökat och medför påtagliga förbättringar i livskvalitet för den enskilde och för närstående och dessutom minskade kostnader för samhället. I takt med att vårdtider inom akutmedicin minskar ökar också behovet av tillgång till rehabenheternas resurser.

Ett annat stort diagnosområde inom rehabverksamheten är rehabilitering i samband med *ortopediska operationer*, t ex höft- och knäplastikkirurgi, som är vanligt förekommande även bland äldre. Även här finns ett samband mellan ortopedklinikernas korta vårdtider och behovet av tillgänglighet inom rehab, som är en förutsättning för ortopedins förmåga att uppnå vårdgarantins mål. Behovet av rehab i samband med ortopediska operationer ökar således i takt med att ortopedin tar emot fler patienter för dessa ingrepp och minskar sina vårdtider. Det är därför ett prioriterat område i sjukhusperspektiv att vårdkedjan mellan ortoped- och rehab fungerar smidigt. Detta kan innebära undanträngningseffekter på annan rehabvård.

Demenssjukdom utreds vid geriatriska klinikerna och dessa ansvarar också för en del av uppföljning och polikliniska insatser vid demens samt stöd till primärvårdens verksamhet inom vården av patientgruppen. Behoven inom demensvården har ökat, kanske som följd av större kunskap hos befolkningen om sjukdomen och därmed större benägenhet att söka hjälp och utgör en tung andel av rehabklinikernas verksamhet.

Människor med *Parkinsons sjukdom* sköts till viss del via neurolog (och enbart vid Ryhov), men i högre åldersgrupper sker vården hos rehabklinikerna med stöd från neurologkonsult. Diagnosgruppen utgör inte en stor andel av rehabklinikernas verksamhet. För människor med sjukdomen är det dock ytterst viktigt med tillgång till adekvat vård och rehabilitering, mycket av det i form av dagvård, mottagningsverksamhet och telefonstöd.

Kroniska neurologiska sjukdomar av annat slag, t ex MS, ALS, traumatiska ryggmärgsskador och postpoliosyndrom⁴, utgör ytterligare exempel på diagnosgrupper med stort behov av rehabiliterande vård och tillgång till särskild kompetens. Patienterna är oftast i arbetsför ålder. Tillgången till adekvat rehabilitering har avgörande betydelse för livskvalitet, arbetsförmåga, delaktighet i samhället och även för framtida behov av vård och därmed förenade kostnader, bl a för landstingen.

Vid Höglandet märker man av att Rehabiliteringsmedicinska kliniken vid Ryhov stänger sommartid. Konsekvensen är att rehabbehov hos yngre måste prioriteras och tas om hand på Höglandet och det går ut över andra patientgrupper, framför allt strokepatienter. Det innebär att man i lägre utsträckning än annars kan upprätthålla en obruten vårdkedja för strokepatienterna, vilket i sin tur medför risk att rehabbehov ej diagnostiseras och tillgodoses. Detta bekräftas också i uppföljningen av strokevården i det nationella kvalitetsregistret, där Höglandet uppger att de nått sämre resultat än genomsnittet i landet.

Avdelningen på Höglandet för rehabilitering vid MS stänger en månad sommartid men det passar patienterna bra, de vill också ha semester. För att klara nytillkomna behov inom diagnosgruppen tvingas man sträcka ut intervallen mellan vårdperioder för patienterna från ca 6 månader till 9 månader. Den medicinska evidensen för vilket intervall som är optimalt tycks inte helt klarlagd och utforskas, enligt uppgift. Uppfattningen inom organisationen är dock att behoven hos patienterna tillgodoses sämre när intervallet mellan behandlingsomgångarna ökar från ett halvår till tre kvarts år.

⁴ Cirka 15 000 personer med MS finns i Sverige och varje år diagnostiseras omkring 500 nya fall. I Jönköpings län är förekomsten enligt uppgift i intervju möjligen något högre än i landet i genomsnitt. Ryggmärgsskada förekommer hos ca 22 personer/100 000 varav hälften drabbats i åldern 16-30 år. Postpolio förekommer hos 10-20 000 personer i landet och frekvensen ökar med invandring.

Detta ska förstås också mot bakgrund av att rehabiliteringen även inkluderar utbildning av både patienter och personliga assistenter – och att sjukdomen är progressiv.

Vid Ryhov finns idag inom den geriatriska rehabkliniken inte utrymme för alla strokepatienter. Det innebär att det inte är ovanligt att vårdkedjan i strokevården bryts, dvs att patienter med strokedagnos skrivs ut till hemmet utan specialistbedömning av rehabbehov efter det initiala omhändertagandet inom akutmedicin. Önskemål att öka antalet vårdplatser i syfte att säkra rehabiliteringsbehovet hos samtliga strokepatienter har hittills inte kunnat förverkligas.

Vid Värnamo sjukhus säkras rehabiliteringsbehovet hos samtliga strokepatienter genom ett välfungerande samarbete mellan akutmedicin och geriatrisk klinik. Det innebär att ingen skrivs ut efter akutvården utan en bedömning av rehabiliteringsbehov och att alla strokepatienter, som skrivits ut till eget boende, återkommer för kontroll med avseende på sådant behov efter några månader. Oavsett var patienterna finns sker en bedömning av rehabiliteringsbehovet före utskrivning och systemet säkrar att alla får en sådan bedömning.

Väntetider inom rehabvård redovisas inte på internetdatabasen.

2.5.3 Produktionsstatistik

Tabell 7. Vårdproduktion inom REHABILITERING 2004 (antal)

	ÖV Läk	ÖV Övr	Vtf	Disp vpl	Vårdtid	Belägg
Höglandet Rehabklin	645	7 452	823	47	15 786	90,9%
Ryhov Rehabmed klin	1 020	649	102	10	2 978	81,6%
Ryhov Geriatrisk klin	540	1 338	1 554	58	20 386	96,0%
Värnamo Geriatrisk klin	1 146	2 033	583	32	9 904	84,8%

Tabell 8. Prestationsrelaterade kostnader 2004 inom specialiteten REHAB (kronor)

	Läkarbesök	Besök annan kategori
Höglandet Rehabklin	2 986	807
Ryhov Rehabmed klin	3 312	828
Ryhov Geriatrisk klin	2 464	616
Värnamo Geriatrisk klin	2 496	624

2.5.4 Kommentar Rehabilitering

För flera patientgrupper med rehabiliteringsbehov saknas nationella riktlinjer, vilket kan ha betydelse för i vilken utsträckning behoven uppmärksammas i landstingets verksamhet.

Inom den geriatriska rehabvården förefaller det finnas en konkurrens mellan de två stora grupperna stroke och ortopedfall. Intrycket är att strokerehabiliteringen får stå tillbaka i konkurrensen, liksom rehabiliteringsvården vid demens, Alzheimer och andra grupper.

Rehabilitering vid MS uppvisar i granskningen signaler om otillräckligt tillgodosedda behov, även om den medicinska evidensen inte tycks vara helt entydig. Att verksamheten anpassar sin tillgänglighet för de kroniskt sjuka efter de samlade behov den har att uppmärksamma är inte anmärkningsvärt. Inget har framkommit i granskningen som talar för att landstinget gjort en aktiv och öppen värdering av patienternas behov av rehabvård och med vilka intervall behandlingarna ska ske eller i vilken utsträckning dessa vårdbehov ställts mot andra, som prioriterats i styrningen av resurser.

Organiseringen av rehabilitering med olika kriterier inom landstinget kan vara en bidragande faktor till en sviktande balans mellan behov och tillgång. Ålderskriteriet för den medicinska rehabiliteringen vid Ryhov får effekter på andra håll inom landstinget. Den grupp som enligt kriterier och definitioner hör till den geriatriska rehabiliteringen innehåller personer med olika behov. Det är ett intryck i granskningen att den individuella anpassningen av rehabvården kan och bör förstärkas. Ålderskriterier, oavsett om de gäller äldre eller yngre än en viss ålder, kan ha konsekvenser som ej är förenliga med ansvaret att vården ska styras av behov.

3 Prioriteringar

Prioriteringar på landstingsnivå kommer till uttryck genom mål, handlingsplaner, aktivitetsmått och punktvisa satsningar på enskilda, utvalda områden i den årliga budgeten och i de tillägg och kompletteringar som sker under året. Övergripande mål i budget och handlingsplan 2005 och 2006, kritiska framgångsfaktorer och de aktivitetsmått som används för att följa måluppfyllelse redovisas i bilaga.

I övergripande mål betonas de båda senaste åren följande:

Bra folkhälsa – God vård – Aktiva länsbor.

Aktiviteter inom folkhälsa är inriktade på viktminskning respektive tobaks- och drogmissbruk. Aktiviteter inom vård är inriktade på vårdprogram, kvalitetsregister, fallskador, läkemedelsincidenter etc. Aktiviteter inom målet Aktiva länsbor är inriktade på kontakter med patientföreningar, besök på landstingets webbplats, möten mellan politiker och medborgare m.m.

3.1 Riktade prioriteringar

Av de i denna utredning valda specialiteterna lyfts psykiatri och hörselvården fram i landstingets handlingsplan 2005 med riktade ekonomiska satsningar. För psykiatriens del avser det utbildning av psykoterapeuter med kognitiv inriktning. För hörselvårdens del är inriktningen att öka tillgängligheten.

Utöver ordinarie budget tillkom under 2005 tillägg i kompletteringsbudget för bl a bekämpning av klamydia, specialiserad psykiatrisk vård, utprovning av hörapparater, hörhjälpmedel samt utrustning för vård av MS-patienter (kylvästar).

I handlingsplanen 2006 återfinns – av de i föreliggande granskning valda områdena – urologi, hörselvård och psykiatri med riktad ekonomisk satsning. Rehabilitering nämns endast som ett av primärvårdens uppdrag i samverkan med andra.

För urologins del betonas tillgängligheten i relation till ökat remissflöde och ett centralt beslut om utökning av läkarbemanningen. Inom hörselvården gäller uppmärk-

samheten ekonomisk satsning på cochleaimplantat. Psykiatrin uppmärksammas i flera aspekter – omhändertagande vid trauma, resurser för beroendevård och vård vid kombination av psykisk sjukdom och missbruk, samverkan med primärvård i vården vid depression.

4 Jämförande kommentarer

Som underlag för uppdragets syfte att ge en bild av utfallet av faktiska prioriteringar i landstinget behövs en beskrivning av relationen mellan behov av och tillgång till vård. Utgångspunkten för jämförelser är bilden av denna relation för vissa specifika diagnoser eller patientgrupper inom de specialiteter som undersökts, så som de framställts i intervjuer och efter faktagranskning av rapportutkast. Eftersom varje verksamhetsområde anpassar sin verksamhet efter sina möjligheter och gör de medicinska prioriteringar som är möjliga inom till buds stående ramar blir exakta jämförelser svåra. Som metod att mäta behov av vård respektive tillgång till vård används därför de sammanlagda fakta och intryck som utredningen gett.

Spec	Diagnos	Behov/ Tillgång	Åtgärder
Urologi	Prostatacancer, övr malign.	Ökande behov. Alla pat kan tas om hand i medicinsk optimal tid	Extra resurser för kvällsmottagningar för att minska väntetider
	Benign prostataförstoring	Väntetider i de fall diagn är känd. En del patienter med misstanke om malign sjukdom får vård utan längre väntetid, åtminstone initial bedömning	
	Manlig sterilisering	Väntetider utöver vårdgarantin	
Psykiatri	Rättpsykiatri	Ökade behov. Alla pat tas om hand utan väntetid	Köpta tjänster utanför landstinget. Inom lt anv PIVA-platser som är avsedda för andra psyk intensivvårdsfall
	Förstämningssjukdomar	Pat får vård men inte alltid medicinskt optimal.	Primärvård och paramedicinsk personal täcker upp brist på psykiatrisk specialistbedömning.
	Arbetsrelat stress, motsv	Ökande behov. Otillräcklig förebyggande vård, ej tillgång till psykiatrisk vård i behövd utsträckning	
Hörselvård	Behov av hörapparat	Tidigare långa väntetider, idag tillgång till vård enligt vårdgarantin	Extra resurser avsatta, såväl landstingsgemensamma som per sjukvårdsområde
Hud	Klamydia, STD	Ökat behov. Alla pat kan tas om hand i medicinskt och juridiskt optimal tid	Extra resurser för klamydiavård
	Psoriasis	Tillgängligheten motsv behoven, men verksamh ansträngd.	
	Dermatoser	Tillgängligheten motsv behoven	
Rehab	Stroke	Ökande behov. Tillgängligheten otillräcklig och olika beroende på sjv område, ålder	

	Ortoped operation	God tillgänglighet	
	Kron neurol sjukdom	Tillgängligheten varierar under året och med ålder. MS-patienter behandlas med 9 i st f 6 mån intervall.	

4.1 **Mellan sjukvårdsområden**

Urologin i landstinget samverkar och fördelar verksamhet mellan de olika sjukvårdsområdena. Företrädarna för specialiteten uttrycker delvis skild syn på hur fördelningen bäst kan och skall göras. Sammantaget ges dock intrycket att vårdtillgången är rättvis oavsett var i länet man bor eller tas emot.

Psykiatriska klinikerna vid Högländet och Värnamo uttrycker ett otillgodosett behov av länsresursen vid Ryhov, bl a av vårdplatser vid PIVA. Om detta motsvaras av en faktisk skillnad innebär det också skillnad i tillgång till vård för de grupper som behöver intensivvård och sekundärt också skillnad i kvalitet för övriga patienter i slutenvård när det gäller den terapeutiska miljön. Den vård med psykiatrisk karaktär som fördelats till primärvårdens ansvar med psykiatrisk konsultation som stöd förefaller tillgodose behov olika bra beroende på hur väl primärvården fungerar generellt i området, vilket uppfattas skilja en del inom länet.

Hörselvården är förstärkt i hela länet och tillgången till vård tycks inte påverkas av i vilket sjukvårdsområde man bor.

Hudsjukvården bedrivs i nära samverkan mellan sjukvårdsområden. Det finns brist på specialister och man har en hög arbetsbelastning, men det förefaller inte finnas några skillnader i relationen mellan behov och vårdtillgång i de olika sjukvårdsområdena.

Rehabiliteringen uppvisar skillnader mellan sjukvårdsområdena. I Värnamo säkras rehabilitering till alla strokedrabbade, medan det vid både Högländet och Ryhov är en otillräcklig tillgång till vård i detta avseende.

Rehabilitering efter ortopediska operationer förefaller säkras efter behov vid samtliga sjukvårdsområden, med viss reservation för Värnamo sjukvårdsområde som uppger att bilden inte är helt positiv.

Rehabilitering vid kronisk neurologisk sjukdom påverkas av ålder, så att personer yngre än 65 år har en säkrad vård vid rehabmedicinska kliniken vid Ryhov. När kliniken stänger sommartid måste övriga rehabenheter prioritera patientgruppen, vilket går ut över äldre patienter, oavsett biologisk ålder. Det har framkommit tydliga signaler att åtgärder för att säkra rehabilitering till personer som passerat 65 års ålder men fortfarande är aktiva och ofta yrkesverksamma bör uppmärksammas.

4.2 **Mellan specialiteter**

Ransonering av vård genomförs inom klinikerna (exempel sterilisering inom urologin, vårtbehandling inom hud och vårdkedjan för strokedrabbade inom rehabvården) utan politiskt stöd. Sammantaget ger det bilden av att verksamheterna kontinuerligt rättar sig efter vad som ryms inom kostymen och att det viktiga tillgänglighetsmålet ständigt prioriteras.

Den medicinska prioriteringen av vårdbehov borde idealt leda till att tillgången till vård säkras för dem med medicinskt högre prioriterade behov före vård av dem med

medicinskt lägre prioriterade behov. Det innebär att ett faktiskt utfall där vårdbehov med låg eller medelhög medicinsk prioritet tillgodoses fullt ut medan vårdbehov med hög medicinsk prioritet inte gör det strider emot övergripande prioriteringskriterier. Av den sammanfattande tabellen ovan framgår att det förekommer några sådana exempel:

1. Strokedrabbades behov av rehabilitering tillgodoses inte fullt ut. Den medicinska prioriteten för denna grupp är i genomsnitt hög.
2. Medicinskt optimal vård för personer med förstämningssjukdomar är otillräcklig, åtminstone i delar landstinget. Den medicinska prioriteten för denna grupp är i genomsnitt hög.
3. Tillgång till hörselvård och hörapparat är god och inom vårdgarantin. Den medicinska prioriteringen för denna grupp är i genomsnitt medel.
4. Tillgång till kirurgi för sterilisering är otillräcklig. Den medicinska prioriteten är låg. Samtidigt sker enligt uppgift sterilisering av kvinnor inom landstinget inom ramen för vårdgarantins tidsgränser. Den medicinska prioriteten torde rimligen vara ungefär likvärdig.

5 Vårdgaranti 2005

Sedan 1 november 2005 gäller en utvidgad vårdgaranti i hela landet, omfattande all planerad behandling inom landstingens hälso- och sjukvård. Garantin kompletterar tidigare gällande regler om vårdgaranti avseende besök. Vårdgarantin uppfattas ha påverkat styrningen av (och resurser till) vården och är därför relevant i föreliggande granskning. Av dessa skäl redovisas regelverket med kompletterande förklaringar tämligen utförligt i detta avsnitts första del. I nästa avsnitt återges iakttagelser i granskningen i relation till vårdgarantin, följt av en kort kommentar vars resonemang utvecklas i det avslutande diskussionskapitlet.

Den beskrivande texten om vårdgarantin är hämtad från Sveriges Kommuner och Landsting www.skl.se och återges här ordagrant. Regelverket är:

- Primärvården ska erbjuda kontakt i telefon eller på plats samma dag.
- Om läkarbesök inom primärvården behövs ska det kunna erbjudas inom högst sju dagar.
- Efter beslut om remiss/ vårdbegäran ska ett besök inom den specialiserade vården – om sådant behövs – kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdagen.
- Efter beslut om behandling ska denna kunna erbjudas inom högst 90 dagar.

Garantin gäller fullt ut i hela landet och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård. Väntetiden till behandling får överstiga 90 dagar, förutsatt att patienten och läkaren är överens om detta.

Det är gällande prioriteringar och gemensamma medicinska indikationer som utlöser vårdgarantin – och därmed landstingets skyldighet att inleda behandling inom 90 dagar.

I första hand ska behandling erbjudas inom det egna landstinget. Om hemlandstinget inte kan erbjuda besök och behandling inom gällande tidsgränser ska patienten få hjälp till vård inom garanti-tiden hos en annan vårdgivare. Hemlandstinget ska hjälpa patienten att få den vården och det får inte innebära extra kostnader för patienten.

I kommentarer och förklaringar till vårdgarantin utvecklas de generella principer, som uttrycker garantins intentioner, vilket ska ligga till grund för hur den tillämpas. Följande punkter är ett urval av de generella principerna med relevans i detta sammanhang (ordningsnummer enligt ursprunget anges inom parentes):

1. Utredningar som rutinmässigt kan övergå i behandling i samma seans omfattas av vårdgarantin, t ex coronar angiografi med inläggning av stent. Enbart utredning ingår inte i garantin. (3/10)
2. Gemensamma medicinska indikationer är underlag för landstingen. Syftet med dem är att spridningen mellan olika vårdgivares beslut om åtgärd ska minimeras och att beslut om besök och behandlingar ska grundas på medicinsk evidens. (5/10)
3. Vårdgarantin i sig innebär ingen prioritering. Prioritering, det vill säga beslut om vad som skall ingå i vårdutbudet, sker i steget innan beslutet om den enskilda behandlingen/aktiviteten. (7/10)
4. Beslutet att acceptera en vårdbegäran eller att fatta ett beslut om en behandling innebär ett ansvar för landstinget att se till att det finns resurser att fullfölja åtagandet. (8/10)
5. Långvarigt/kroniskt sjuka patienters vård får inte försämrats som en följd av vårdgarantin. Om vården av dessa patienter ska förändras ska det ske genom en medveten och öppen prioritering inom landstinget/regionen. (9/10)
6. Det är viktigt att arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården även bör omfatta de aktiviteter/åtgärder som inte ingår i garantin, t ex utredning och kompensation⁵. (10/10)

Ytterligare förklaringar angående tillämpning av garantin innehåller bl a följande:

- "... Om man förlänger tidsintervallen i ett vårdprogram eller en vårdplan – utan att det finns medicinsk evidens för detta – är det en prioritering. Denna bör i så fall ske medvetet och öppet och har inget med garantin att göra".
- "Ett annat exempel då vårdgarantin inte kan åberopas kan vara sjukdomsförlopp där olika behandlingar/aktiviteter ligger i en bestämd sekvens och utlöses av resultatet av föregående behandling/aktivitet. Det kan också vara så att resultat i sig drar ut på tiden. Men, om resultatet av första behandlingen kvalificerar för nästa steg utgör tidpunkten för värderingen av resultatet beslutsdatum och därmed startpunkten för en ny kvalificering till garantin".
- "Exempel på behandling är läkemedelbehandling, medicinteknisk behandling (innefattar bland annat operationer), funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk, psykosocial och förebyggande behandling."
- "Övriga åtgärdsgrupper, som inte ingår i vårdgarantin är utredning, information och undervisning, samordning, administrativ handläggning och kompensation".

Beträffande prioriteringar gäller följande:

- "Prioritering av turordning för patienter som ska hanteras inom tidsgränserna sker enligt samma principer som tidigare.
- Prioritering av vilka aktiviteter/åtgärder som ska finansieras/erbjudas av respektive vårdgivare – dvs vad som ska ingå i vårdutbudet – bestäms av vårdgivaren.
- Det innebär att man inte kan åberopa vårdgarantin för en viss aktivitet/åtgärd om denna aktivitet/åtgärd inte ingår i verksamhetens vårdutbud. Denna typ av prioritering ska alltså finnas som grund innan man fattar beslut. Beslutet om aktiviteten/åtgärden ska fattas i dialog med den enskilda patienten."

Beträffande hörselvård och hjälpmedel gäller följande:

- Hörselvård omfattas av vårdgarantin som ett specialfall
- Hjälpmedel ingår inte i vårdgarantin.

⁵ Kompensation: "En av åtgärdsgrupperna i Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ. Avser åtgärder som syftar till personligt stöd, tillhandahållande av fysiska hjälpmedel eller ekonomisk hjälp, t ex hjälp med att tvätta sig, tillhandahållande av toalettstolsförhöjare, bidrag till bostadsanpassning."

5.1 Iakttagelser med avseende på vårdgarantin

Av urvalet i föreliggande granskning är det framför allt hörselvården som påverkats av vårdgarantins införande. Extra resurser för utprovning och kontroller av hörhjälpmedel liksom för inköp av hörapparater har bidragit till att väntetiderna inom vårdområdet nu uppnår garantins mål. Vårdgarantin har också bidragit till att extra resurser avsatts under 2006 för att uppnå minskade väntetider inom urologin.

Eftersom vårdgarantin inte omfattar återbesöken kommer kontroller enligt medicinska prioriteringar i konflikt med nybesök. Verksamhetsföreträdarna upplever ringa politiskt stöd för hur verksamheten skall prioriteras annat än enkla direktiv att vårdgaranti och tillgänglighet skall sättas först.

Andra vårdområden, där behov inte synliggörs genom uppföljning av hur man klarar målen i vårdgarantin, t ex återbesök och rehabilitering i samband med stroke, har inte heller uppmärksamats med centralt beslutade åtgärder i samma utsträckning. Iakttagelser i föreliggande granskning pekar mot att det finns otillgodosedda behov inom dessa kategorier.

5.2 Kommentar angående vårdgarantin

Den politiska överenskommelsen om vårdgaranti fattades på grundval av patienternas krav på kortare väntetider i hälso- och sjukvården. Syftet är att uppnå en allmänt bättre tillgänglighet till vård och behandling, inte att förändra tidigare kriterier för prioriteringar.

I de bakomliggande principer som redovisas hos Sveriges Kommuner och Landsting framgår också tydligt att medicinsk evidens och *medicinska prioriteringar ska säkras* i steget innan ställning tas till åtgärder enligt vårdgarantin. Där framskymtar också en insikt i risken att garantin kan gå ut över kroniskt sjuka patienters rätt till vård (p. 5 i beskrivningen ovan, motsvarande p. 9/10 i ursprungsdokumentet).

Sammantaget kan man tolka skrivningen som en uppmaning till vårdgivare att beakta risken för felaktiga prioriteringar om vårdgarantins mål säkras utan samtidigt fokus på vårdbehov som inte uppmärksammas med tillgänglighetsmått.

I föreliggande granskning finns det exempel på att Landstinget i Jönköpings län ännu inte har hörsammat den uppmaningen. Intrycket är snarare att styrningen påverkas mer av vårdgarantins mål för maximalt acceptabel väntetid än av en öppen värdering av medicinskt prioriterade behov.

6 Analys, diskussion och rekommendation

I det avslutande kapitlet redovisas den samlade bilden som granskningen gett, speglad mot bakgrund av övergripande förutsättningar. Analysen koncentreras kring den inneboende konflikten mellan behovsstyrning och tillgänglighetsstyrning. Den avslutas med slutsatsen att fokus på tillgänglighet både riskerar och faktiskt genom granskningen visats medföra brister när det gäller att tillgodose behov som inte mäts med väntetidsmått.

Granskningen av det faktiska utfallet av prioriteringar i Landstinget i Jönköpings län utgår från revisorernas intresse av att granska och förstå betydelsen av att landstinget inte arbetar med systematiska horisontella prioriteringar, vilket visats i tidigare revisioner.

Bristen på systematiska horisontella prioriteringar med utgångspunkt i vårdbehov innebär att det är svårt att veta om landstingets samlade resurser används enligt nationellt övergripande riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Frågan är rimligen av intresse både för befolkning, politiker och verksamhetsföreträdare.

Dagens system ger upplysning om vad ett sjukvårdsområde eller en klinik kostar skattebetalarna och kvantitativa fakta om vad som åstadkommit i termer av antal besök, antal vård dygn, antal operationer etc. Däremot finns ringa möjlighet att kartlägga om vården är säkrad för de mest behövande och att det är de med mindre svåra behov som får vänta eller acceptera andra begränsningar.

Eftersom människors behov av vård inte synliggörs med annat än de väntetider som noggrant registreras blir underlaget för övergripande prioriteringsbeslut också direkt kopplat till tillgängligheten, snarare än till de faktiska vårdbehoven. Tillgänglighet och väntetider är i sin tur till viss del en funktion av faktiska vårdbehov men påverkas också av andra faktorer, varav patienternas egen efterfrågan är en. Efterfrågad vård och behövad vård överlappar varandra, men är inte helt kongruenta storheter. Om efterfrågan tillåts att styra prioriteringar innebär det risk att vård görs tillgänglig i annan prioriteringsordning än den som beslutats nationellt.

Granskningen har visat att bristen på systematiska horisontella prioriteringar i Landstinget i Jönköpings län i flera påvisade exempel innebär att vårdbehov uppmärksammas och tillgodoses i första hand beroende på efterfrågan. Det är därför angeläget att man inom landstinget utvecklar metoder att koppla budgetbeslut på landstingsnivå till kunskaper om vårdbehov och medicinska prioriteringar. Sådan metodutveckling sker inom flera andra landsting och regioner, t ex Västra Götalandregionen med "Regiongemensamma prioriteringar", Stockholms läns landsting med "Medicinskt programarbete", Norrbottens läns landstings "Programberedning" samt Västernorrlands landstings "Behovsanalyser".

6.1 Förutsättningar

Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och den som har det största behovet skall ges företräde.

Vårdgarantin föreskriver att besök och behandling inom den specialiserade vården skall ske inom 90 dagar från beslut samt att garantin utlöses efter ställningstagande till prioriteringar och medicinska indikationer. Vårdgarantins bakomliggande generella principer poängterar också vikten av att säkra att *vård som faller utanför garantin inte får försämrats som en följd av garantin*.

Landstinget i Jönköpings län har hittills valt att inte utveckla system för centralt beslutade horisontella prioriteringar grundat på en medicinsk prioritering enligt HSL behovsprincip och Prioriteringsutredningen. Detta är visat i tidigare revisioner. Landstingets fokus på tillgänglighet har motiverats med att alla behov kan klaras och att det därför inte finns behov av prioritering, utöver den vertikala prioritering som görs av verksamhetsansvariga.

Landstinget har uppnått goda resultat i flera avseenden, bl a i en god tillgänglighet i jämförelse med andra landsting, som konsekvens av en målinriktad styrning för god tillgänglighet. I övergripande mål betonar landstinget folkhälsa, god vård och aktiva länsbor. Aktivitetsmått gällande god vård rör vårdprogram, kvalitetsregister, nyckeltal för smärtlindring, trycksår m.m.

6.2 Granskningens frågeställningar

6.2.1 Förekommer det att lägre prioriterade behov får tillgång till vård medan högre prioriterade får vänta?

Granskningen visar flera exempel på otillgodosedda eller otillräckligt tillgodosedda vårdbehov. Strokedrabbades behov av en smidig vårdkedja mellan akutvård och rehabiliteringsvård är otillräckligt tillgodosett, behov av psykiatrisk bedömning hos personer med t ex förstämningssyndrom är otillräckligt tillgodosett, behovet av en terapeutiskt god vårdmiljö inom den psykiatriska slutenvården är otillräckligt tillgodosett osv.

Granskningen visar också att landstinget satsat resurser på att tillgodose vårdbehov som har lägre medicinsk prioritet, t ex hörselvård och hörapparater, mottagningsverksamhet inom urologin för att säkra acceptabla väntetider även för lågt prioriterade grupper inom vårdgarantins ramar.

Slutsatsen är att satsningar riktade så att medicinskt högre prioriterade behov inte uppmärksammas före medicinskt lägre prioriterade har påvisats.

6.2.2 Satsas extra resurser på verksamheter med högre prioriterade vårdbehov eller på verksamheter där väntetiderna är långa oavsett prioritetsgrad?

Granskningen visar att extra satsningar gjorts inom områden där väntetiderna varit långa, t ex hörselvård och urologi. Granskningen visar också att satsningar gjorts inom psykiatrin, där de medicinska behoven och prioritetsgraden i många fall är hög. Enligt ovan finns det fortfarande områden med otillgodosedda behov och hög medicinsk prioritet där inga satsningar gjorts.

Slutsatsen är att det faktiska utfallet av extra satsningar är blandat och att långa väntetider i flera påvisade exempel varit ett starkt argument för beslut om extra resurser.

6.2.3 Är balansen mellan vårdbehov och vårdtillgång bättre för medicinskt högre prioriterade vårdbehov än för lägre?

Granskningen visar att de högst prioriterade vårdbehoven har en säkrad tillgång till vård inom alla specialiteter utom rehabilitering och att även lägre prioriterade vårdbehov har god vårdtillgång inom t ex hörselvård. Granskningen visar också att det finns skillnader i vårdtillgång för personer med samma diagnos beroende på ålder, kön eller sjukvårdsområde (ex strokerehab, sterilisering).

Slutsatsen är att balans mellan behov och tillgång i flera påvisade exempel är delvis men inte helt förenligt med övergripande riktlinjer för prioriteringar.

6.3 Analys och diskussion

Jämförelser och slutsatser är möjliga endast i ett översiktligt perspektiv, då underlag saknas för direkta jämförelser mellan hur mycket det kostar att tillgodose ett vårdbehov i relation till ett annat och analysera resultatet utifrån den medicinska prioritetsgraden. Detta utgör dock inget hinder för att dra slutsatser.

Granskningen leder fram till ett principiellt viktigt resonemang som utgör underlag för bedömning av risk. När väntetider mäts verkar det leda till åtgärder som ger kortare väntetid där mätningar visar att de behöver förkortas – genom effektiviseringar, förändringar i arbetssätt osv och/eller extra satsningar och ökning av verksamhetens möjligheter. Detta förefaller vara ett axiom som är användbart även i Landstinget i

Jönköpings län. Men det finns ett problem: vårdbehov som inte synliggörs i väntetidsmätningar riskerar att inte uppmärksammas och inte tillgodoses.

Vårdbehovens medicinska prioritetsgrad styr resursanvändningen på verksamhetsnivå och det är rimligt att utgå från att en övervägande del av landstingets resurser därmed används på ett sätt som överensstämmer med riktlinjer för prioriteringar. Granskningsuppdraget har dock gällt att genom belysning av avvikelser visa på konsekvenserna av bristen på systematiska övergripande prioriteringar. Granskningen visar att den goda tillgänglighet som uppmäts i Landstinget i Jönköpings län inte alltid räcker för att säkra vård till patienter med tydliga behov som har rätt att prioriteras.

6.3.1 Intressekonflikt mellan tillgänglighet och behovsstyrning

Resultatet av granskningen väcker följande principiella frågor, av intresse för dem som styr, finansierar, utför och granskar hälso- och sjukvården eller behöver den:

1. Finns en intressekonflikt mellan målet att uppnå god tillgänglighet/korta väntetider och målet att behoven ska vara styrande i sjukvården?
2. Inom vilka områden finns i så fall en sådan intressekonflikt?
3. Vilka gynnas och vilka drabbas av en sådan intressekonflikt?

En intressekonflikt mellan god tillgänglighet å ena sidan och rätt prioritering mellan behov å den andra kan sägas föreligga genom det faktum att vårdgarantin lägger till väntetid som ett kriterium för prioritering. De väntetider som på detta sätt får extra värde är väntetid för nybesök. Personer som redan är "inne i systemet" får därmed konkurrens av dem som väntar på att få "komma in". Och för de sistnämnda finns en extra tyngd i vågskålen, som den först nämnda kategorin saknar, nämligen väntetiden. Varningen i Vårdgarantins bakomliggande generella principer att de kroniskt sjuka patienternas vård inte får försämrats som en följd av garantin motiveras av just detta samband och förtjänar att lyftas fram.

6.3.2 Konsekvenser

De områden där en konflikt mellan tillgänglighetsmål och behovsstyrning sannolikt innebär en ringa risk kan vara verksamhetsområden där behov och åtgärder är tydligt definierade och tydligt kan kvantifieras. Det är alltid lättare att räkna kvantiteter än att värdera kvalitativa aspekter och så länge tillgänglighetsmålen är överordnade kommer kvantifierbara behov att kunna säkras. T ex kan nämnas det mesta inom den planerade kirurgin, hörapparatbehov, klamydiainfektioner m.m.

Områden där å andra sidan en konflikt mellan tillgänglighetsmål och behovsstyrning får större betydelse är de där behov och åtgärder kanske bättre mäts i kvalitativa termer, t ex inom rehabilitering vid stroke och andra kroniskt neurologiska sjukdomar, vård vid förstämningstillstånd och svåra sorgereaktioner m.m.

Rehabilitering vid stroke hos personer i verksam ålder förefaller vara ett bristområde. Dessa patienters individuella behov kan vara betydligt större och kräva avsevärt noggrannare anpassning än behoven hos en åldrad patientgrupp, där kraven på funktion är snävare koncentrerade kring de rent kroppsliga och fysiska möjligheterna att klara vardagsliv utan omfattande aktiviteter. Organisationen är inte idag anpassad att möta dessa behov.

Den förebyggande vården vid arbetslivsrelaterad stress och liknande är uppmärksam i betydligt blygsammare utsträckning än områdena viktkontroll och tobaksbruk inom landstingets övergripande mål om Bra folkhälsa. I ljuset av det faktum att det drabbar många unga med långa sjukskrivningstider förefaller det viktigt för landstinget att utarbeta planer för åtgärder inom området. (Att det kommenterats i rapportens psykiatriavsnitt är ett uttryck för att det är i kontakt med psykiatrins företrädare som problemet uppmärksammats under granskningsarbetet, inte att det skulle vara psykiatrins ansvar att åtgärda problematiken.)

När tillgänglighetsmål styr över resursfördelningen betyder det att volymen för medicinskt lägre prioriterad vård ökar generellt i landstingets verksamhet. De som kan gynnas är givetvis de grupper vars vårdbehov inte har så hög medicinsk prioritet att vården prioriteras av verksamhetsansvariga. På verksamhetsnivå är det enbart den medicinska prioritetsgraden som styr över hur tillgängligheten är, i granskningen exemplifierat inom alla specialiteter.

Sammantaget är intrycket att den öppna och medvetna prioritering som efterfrågas i de grundläggande principerna för vårdgarantins genomförande inte tycks ha gjorts i Landstinget i Jönköpings län och att det har konsekvenser för patientgrupper som enligt nationella regler har rätt att prioriteras.

6.3.3 Övriga synpunkter

Organiseringen inom landstinget av vad som är länsresurs och länsdelsresurs faller utanför granskningen att belysa. Det har dock framkommit signaler att det kan finnas ett behov av förtydligande när det gäller länsgemensamma resurser inom psykiatri. Granskningen visar att den tunga belastningen av rättspsykiatriska fall påverkar övrig psykiatrisk vård och det är möjligt att detta har större negativa konsekvenser för patienter inom Höglandets och Värnamo sjukvårdsområden än för patienter inom Jönköpings. Om så är fallet innebär det en prioritering baserad på bostadsort.

6.4 Rekommendation

Granskningen av det faktiska utfallet av prioriteringar inom Landstinget i Jönköpings län har visat att vårdbehov som bör prioriteras riskerar att inte uppmärksammas så länge landstinget inte fokuserar styrning och säkring på behov. Vårdgarantins regelverk undantar inte ansvaret att säkra vård även för dem vars behov faller utanför garantin. Rekommendationen är därför att landstinget bör:

- Utveckla metoder att värdera och mäta vårdbehov med mått som kompletterar tillgänglighetsmått, i syfte att säkra vården enligt övergripande riktlinjer för prioritering.

Granskningen har också gett underlag att rekommendera landstinget att:

- Inkludera förebyggande satsningar inom området arbetslivsrelaterad stress i styrningen mot det övergripande målet Bra folkhälsa.
- Följa upp definition och användande av psykiatrins länsgemensamma resurs.