Tveksamt om ”Nationellt system för kunskapsstyrning” kan påverka skillnader i medicinska resultat mellan regionerna

Dela: Dela 2 Tweeta Dela Mail Skriv ut

Detta är opinionsmaterial. Åsikterna som förs fram här är upphovsmannens egna.

Socialstyrelsens publicerade tidigare under 2019 en rapport med rubriken "*Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitierad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*" (referens: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-14.pdf). I senaste numret av Svensk Geriatrik (2019; nr 3: sid 4) har jag sammanställt uppgifter ur rapporten för 24 medicinska specialiteter, sorterade efter sjunkande antal specialistläkare per 100 000 invånare. Tabellen är uppdelad på fyra delar, eftersom Socialstyrelsen anger antalet specialister per capita på fyra olika sätt. På min blogg, www.aknerblog.wordpress.com ligger artikeln och en förstorad tabell, samt en figur som illustrerar den stora spridningen av specialister i geriatrik mellan de 21 regionerna (tidigare landsting).

· Antalet specialistläkare per 100 000 invånare

Antalet specialister per 100 000 invånare (återspeglar antalet per capita) varierar mycket mellan olika medicinska specialiteter. För att kunna bedöma om antalet specialistläkare i olika specialiteter motsvarar behovet i sjukvården borde detta ställas i relation till relevanta variabler som bland annat:

a) prevalens och incidens av sjukdomar inom respektive specialitet

b) faktisk vårdkonsummtion i öppen och sluten vård för sjukdomar inom respektive specialitet.

Någon sådan samlad analys av de medicinska behoven har inte utförts, varför det inte är möjligt att avgöra om vi har en rationell och rimlig fördelning av specialistläkare per capita för respektive specialitet.

· Spridning mellan regionerna

Spridningen i antalet specialistläkare per capita för 24 stora medicinska specialiteter varierar 1,4–6,9 gånger mellan regionerna. Detta innebär att det föreligger en stor ojämlikhet över landet när det gäller tillgång på specialsitläkare inom olika specialiteter. Den största variationen finns inom specialiteten geriatrik, där spridningen mellan regionerna är 9–62 specialister per 100 000 invånare över 65 år, det vill säga cirka 7 gånger.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) leder det omfattande och snabbt växande arbetet med att etablera ett "Nationellt system för kunskapsstyrning" (referens: https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html). Ett argument för detta arbete är de stora och till synes omotiverade skillnader mellan regionerna beträffande hälso- och sjukvårdens resultat, som sedan 2007 regelbundet påvisats i "Öppna jämförelser" (referens: https://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser). Dessa skillnader antas till stor del bero på att läkare och vårdpersonal tillämpar vetenskapliga och empiriska kunskaper på olika sätt i olika delar av landet och att detta därmed bidrar till ojämlik vård, vilket strider mot Hälso- och sjukvårdslagen.

Frågan är vilken betydelse olika tillämpning av det vetenskapliga och empiriska kunskapsläget vid handläggning av enskilda patienter (= ***vårdens innehåll***) har i relation till de stora skillnaderna mellan regionerna när det gäller **vårdens form**, till exempel ovan nämnda skillnader mellan antalet specialistläkare per capita i olika medicinska specialiteter respektive den stora spridningen mellan regionerna avseende samma specialiteter.

Till detta kommer en rad andra skillnader i vårdens former mellan regionerna som också kan bidra till spridningarna i "Öppna jämförelser", till exempel antal och fördelning av vårdplatser på sjukhus per capita, personalens arbetssätt, utformning av medicinska journaler, anslagna kostnader till hälso- och sjukvård per capita etcetera.

Eftersom skillnaderna som framkommit i "Öppna jämförelser" inte har analyserats på detta sätt finns stor risk att "Nationellt system för kunskapsstyrning" inte nämnvärt kommer att kunna minska skillnaderna mellan regionerna. Ett bättre alternativ än "Nationellt system för kunskapsstyrning" vore att anpassa vårdens form (**gruppnivå**) till vårdens innehåll (**individnivå**), det vill säga till läkarnas och vårdpersonalens arbete med de enskilda patienterna över tid. I dag är sjukvården utformad på ett olämpligt sätt, som ofta motverkar medicinsk kvalitet över tid för vårdens vanligaste patienter = personer med en eller ofta flera samtidiga långvariga hälsoproblem (multisjuka och multibehandlade). I likhet med utvecklingsarbete på individnivå bör reformeringen av hälso- och sjukvården på gruppnivå genomföras som en experimentell- och professionellt ledd utvecklingsprocess med början i mindre skala, som kan utvidgas gradvis beroende på resultat. Om det finns skäl att förstärka sjukvårdens kunskapsbas bör detta arbete ledas av universitet och högskolor; inte av den politiska organisationen SKL.