

# Vårdgarantin

En effektiv åtgärd mot långa väntetider inom svensk sjukvård?

# Abstract

Är vårdgarantin en effektiv åtgärd mot långa vårdköer? Den svenska regeringen införde år 2008 en maximal väntetidsgaranti vid namnet vårdgaranti, som inte var bindande. Den 1 juli 2010 blev vårdgarantin bindande lagstiftning, men kan man förvänta sig att väntetiderna till specialiserad vård kommer att minska? Med denna kvalitativa fallstudie vill jag ge ett tentativt svar på frågan. I en genomgång av vetenskapliga artiklar presenterar jag teorier om väntetider, policyåtgärder i samband med väntetidsgarantier och institutionella faktorer som påverkar implementeringen av väntetidsgarantier. Med hjälp av dessa teorier konstruerar jag två strategiska scenarier, där effekten av sannolika policykombinationer på vårdväntetiderna beskrivs. Resultatet är att vårdgarantin förmodligen kommer att minska väntetiderna något men till pris av ökade regionala ojämlikheter i tillgång till vården. Om vårdgarantin modifieras i ett antal punkter, vilket inte är orealistiskt, kommer den att kunna leda till kraftigare väntetidsminskningar utan att det samtidigt uppstår regionala ojämlikheter i tillgången till specialiserad vård.

*Nyckelord:* Vårdgaranti, maximal väntetidsgaranti, vårdkö, väntetider, sjukvårdsreform  
*Antal ord:* 9926

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrund .....	1
1.2	Syfte och forskningsfråga.....	4
<b>2</b>	<b>Metod .....</b>	<b>6</b>
2.1	Vetenskapsteoretiska utgångspunkter .....	6
2.2	Forskningsdesign.....	6
2.3	Disposition .....	7
2.4	Material.....	7
2.5	Val av material.....	9
2.6	Scenarier.....	9
<b>3</b>	<b>Teori.....</b>	<b>11</b>
3.1	Generellt om väntetidsfenomenet .....	11
3.2	Teorier om specifika åtgärders effekter på väntetider .....	12
3.3	Maxväntetidsgaranti och prioriteringssystem .....	15
3.4	Institutionella faktorer .....	18
<b>4</b>	<b>Analys .....</b>	<b>19</b>
4.1	Analys av interna faktorer .....	19
4.2	Externa faktorer .....	22
4.3	Scenarier.....	23
<b>5</b>	<b>Slutsatser .....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>27</b>

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Väntetider i vården är ett intressant studieobjekt från förvaltningspolitisk synvinkel på grund av olika anledningar. I och med att en stat är en välfärdsstat och därmed tar på sig ansvaret att garantera sina medborgares välbefinnande (Erlingsson&Santesson-Wilson, 2009, s.13), blir tillgång till vård en politisk fråga. I Sverige täcks hela befolkningen av den offentliga sjukvården, och stora värden fördelas inom ramen för sjukvårdspolitik. Utgifterna för sjukvård uppgår år 2007 till 9,1 % av Sveriges BNP (OECD, 2009, s.163). I och med att sjukvårdspolitik både står för stora resurser som fördelas, och att den berör nästan hela den svenska befolkningen, gör frågan hur den organiseras till en viktig förvaltningspolitisk fråga. En aspekt av organisationen av sjukvården är hur man handskas med problem som uppstår, som t.ex. långa väntetider för patienter. Den pågående mediala debatten om långa vårdköer är den faktor som initialt fängade min uppmärksamhet. Den svenska regeringen införde år 2008 den s.k. vårdgarantin, som skulle ge alla patienter i Sverige vård inom en fastställd tidsram (sweden.gov), dock var denna vårdgaranti endast en rekommendation till landstingen, som dessa frivilligt kunde följa eller ej. Från och med den 1 juli 2010 är vårdgarantin bindande lag i Sverige, och alla landsting har skyldighet att erbjuda sina invånare vårdgarantin enligt de kriterier som är fastställda i lagen (socialstyrelsen.se). I och med att vårdgarantin nu blir bindande lag i hela riket, blir frågan om och hur en sådan garanti kan bli ett framgångsrikt instrument för att minska väntetiderna i vården intressant. Jag ställer därför följande forskningsfråga:

*Under vilka omständigheter kan vårdgarantin i Sverige förväntas bli en effektiv reformåtgärd med syfte att minska väntetider inom vården?*

I den följande problematiseringen behandlar jag först fenomenet vårdköer och väntetider, där jag vill redovisa argumenten till varför vårdköer och väntetider är att betrakta som ett problem, samt visa att problemet har funnits i Sverige under en längre tid. I ett nästa steg definierar jag väntetider som ett föremål för välfärdspolitiska reformer. Med reformperspektivet som utgångspunkt blir det intressant att undersöka konkreta reformförslag. Den svenska vårdgarantin presenteras därefter kort, och under rubriken *forskningsfråga och syfte* beskriver jag mera detaljerat vad det är denna uppsats vill undersöka.

### 1.1.1 Väntetider och vårdköer

Det sjukvårdspolitiska problem som denna uppsats fokuserar på är vårdköerna till den specialiserade vården. Vårdkö ("waiting list") är ett samlingsbegrepp för de patienter som har fått remiss för vård men där själva vården inte ännu påbörjats (Kenis 2006 s.295). En mycket förenklad ekonomisk förklaring för vårdköer är att de uppstår när efterfrågan är större än tillgången på vårdtjänster. Enligt denna bild borde vårdköerna relativt snabbt kunna kortas ned genom att öka tillgången på vårdtjänster. Men i praktiken har det visat sig väldigt svårt att reducera väntetider (Kenis 2006 s.295).

Tillgängligheten, som kan sägas vara direkt influerad av väntetiden, är en av de viktigaste kvalitetsaspekterna av god vård vid sidan av det medicinska resultatet (väntetider.se).

Patienter som får vänta länge på vård tvingas gå igenom en osäker och ibland smärtsam väntan. I värsta fall förvärras patientens sjukdomstillstånd och särskilda hjälpinsatser måste ofta sättas in under väntan, som i sin tur ger ökade kostnader. (Symreng 2009 s.7) Dessutom kan en lång väntan på vård minska chanser på rehabilitering, eller rentav stjåla den lilla tiden som gamla människor har kvar i livet (Motion, 2005/06:So424). Det är inte bara patienten som lider under långa väntetider, samhället förlorar också på det. Vård som ges i framtiden är en uppskjuten kostnad som till slut ändå måste betalas (Motion, 2005/06:So424). Om patienten är sjukskriven under väntetiden, är väntetiden en stor samhällsekonomisk förlust då patienten tvingas att bli bidragstagare och drar från samhällets resurser från att ha varit en produktiv samhällsmedlem som kunnat bidra till samhällsekonomisk utveckling. De samhällsekonomiska kostnaderna redovisas dock inte i landstingens budget, utan de dyker upp hos a-kassan, arbetsgivaren, skatteverket m.fl. och därför bortser ofta landstingen i sina beslut från dessa kostnader och resonerar att det är mera lönsamt att låta patienter vänta på vård. (Motion, 2005/06:So424)

Sverige har enligt Health Consumer Index (2009) EU:s tredje sämsta tillgänglighet till vård, vilket till stör del beror på de långa väntetiderna till olika former av specialiserad sjukvård. Sverige har däremot fått toppbetyg när det gäller medicinska resultat, trots detta försämras det totala betyget på grund av väntetiderna (Björnberg et al, 2009 s.18). Endast Storbritannien och Portugal har sämre tillgänglighet till vård än Sverige. Siciliani och Verzulli (2009 s.1299) skriver i en studie där tillgängligheten i vården för patienter över 55 år jämförs, att Sverige har den längsta väntetiden för specialistvård av alla de nio europeiska länder som ingick i studien. I Sverige är denna väntetid i genomsnitt 10 veckor. Två andra länder hade en genomsnittsväntetid på 5 veckor och resterande länder tre veckor eller kortare (Siciliani&Verzulli 2009 s.1299). En ytterligare komplicerande faktor är att den faktiska väntetiden varierar från landsting till landsting. I rapporten *öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* (SKL, 2009, ss.65-69) kan man se att tillgängligheten hos många landsting har förbättrats, men att den har försämrats hos vissa, och att den varierar ibland kraftigt mellan landstingen. Uppdelningen i olika nivåer (nationell nivå, landstingsnivå och kommunalnivå) och det kommunala självstyret i Sverige gör att landstingen lämnas stor frihet att utforma sin vård. På den nationella nivån beslutas det ofta om mål men

landsting och kommuner åtnjuter sedan stor autonomi i valet av medlen för att uppnå målen (Fredriksson&Winblad, 2008, s.272)

### 1.1.2 Valfärdspolitisk reform

I och med att en stat är en välfärdsstat och därmed tar på sig ansvaret att garantera sina medborgares välbefinnande (Erlingsson&Santesson-Wilson, 2009, s.13), blir tillgång till vård en politisk fråga. Mera specifikt handlar det om sjukvårdspolitik, och som i andra politikområden där olika institutionella problem uppstår blir väntetider ett föremål för (sjukvårds-) reform. Erlingsson och Santesson-Wilson (2009) försöker i sin bok "Reform" att förklara trögheten i välfärdspolitiska reformer. En viss tröghet kan det sägas föreligga i frågan om vårdköer. Problemet har diskuterats av och till i media och i olika politiska arenor sedan det sena 80-talet (SKL, 2010). Att väntetider inom sjukvården ses som ett välfärdspolitiskt reformproblem är min teoretiska referensram i detta arbete. Med denna referensram i åtanke blir det intressant att undersöka olika förslag till reformer. Det lösningsförslag som Sveriges borgerliga regering har förespråkat de senaste åren är en maxväntetidsgaranti vid namnet vårdgarantin. Faktumet att regeringen först gett rekommendationer till landstingen och sedan även lagstiftat i frågan understryker att vårdköer ses som ett välfärdspolitiskt problem, som kräver en lösning i form av en vårdpolitisk reform.

Att debatten kring vårdköerna pågått under en längre tid märks på att vårdköer också blir omnämnda i riksdagens propositioner från 1980- och 90-talet (prop. 1986/87:114, 1997/98:So218, 2005/06:So424). Sökresultatet för "vårdköer" ger många träffar på riksdagens hemsida. Där kan man även se att har sökträffarna fyrdubblats från 1980 till 1990 och ytterligare fördubblats efter de följande tio åren (Bilaga 1). Även Sveriges Kommuner och Landsting erkänner att:

Väntetiderna har varit en kvalitetsfråga som dominerat den hälsopolitiska debatten sedan slutet av 1980-talet. Försök att lösa problemen har prövats, t.ex. politiskt utfästa vårdgarantier, särskilda "kösatsningar" eller extra resurstillskott till vissa problemområden. Insatserna har dock inte gett några hållbara effekter. Tillgängligheten har förbättrats, men ganska snart efter genomförda åtgärder har köerna återuppstått. (SKL, 2010)

Ämnet är så omdebatterat, att till och med regeringen har valt att inkludera väntetider inom sjukvården i sitt valmanifest inför valet 2010 (BT-1, 2009).

### 1.1.3 Maximal väntetidsgaranti

Den svenska versionen av en maximal väntetidsgaranti, "vårdgarantin", går ut på att patienten ska få; kontakt med primärvården på samma dag, få tid hos en allmänläkare (primärvård) inom 7 dagar, efter remiss få besöka specialist inom 90 dagar och efter beslut om behandling ska denna påbörjas efter högst 90 dagar (vantetider.se-2). En del av vårdgarantin är "kömiljarden" som syftar att fungera som ett incitament för

landstingen att minska sina vårdköer och uppfylla vårdgarantin. Mellan de landsting som bäst levt upp till vårdgarantin delas en miljard kronor ut som belöning (regeringen.se).

Siciliani & Hurst (2005, s.212) skriver om en policy i form av maximal väntetidsgaranti tillsammans med en välfungerande prioritering, där de patienter med de största behoven väntar kortast. De skiljer på ”unconditional” och ”conditional” - maximal väntetidsgaranti, där ”conditional” betyder att garantin gäller en prioriterad del av patienterna med högre behov prioriteras till kortare väntetider (Ibid.). ”Unconditional” är i stället en garanti som säger att ingen patient ska behöva vänta över en fastsatt maximaltid tid (Ibid.). I debatten har vårdgarantin delvis hyllats som en fungerande lösning som lett till kortare vårdköer (GP-1:2009). Oppositionen till vårdgarantin menar å andra sidan att den lett till att landsting har haft en kreativare form av vårdköer och många patienter har hamnat i en alternativ vårdkö för ”frivilligt köande”. De menar att vårdgarantin inte har bidragit till kortare köer utan bara gjort en omfördelning som gör att sanningen inte redovisas (SSD:2009). Regeringens reaktion var att även inkludera den s.k. patientvalda väntan i rapporteringskraven till landstingen (sweden.gov-2).

## 1.2 Syfte och forskningsfråga

Det finns teoretisk och empirisk forskning om väntetidsfenomenet och om specifika policys som avser att minska väntetiderna inom vården. I teorikapitlet presenterar jag faktorer som är viktiga för minskning av väntetider, och som är förknippade med maxväntetidsgarantier. Med hjälp av faktorer som jag kunnat identifiera i min läsning av de vetenskapliga artiklar om väntetidsfenomenet, konstruerar jag scenarier för lyckandet respektive misslyckandet av vårdgarantin.

Denna uppsats bidrag till kunskapsläget är att identifiera och presentera faktorer som i facklitteraturen anses som viktiga för att en maxväntetidsgaranti ska kunna minska väntetider till specialiserad vård, och att tillämpa dem på scenarier som ska visa under vilka omständigheter den svenska vårdgarantin och valfrihetsreformen kan lyckas eller misslyckas. Uppsatsen är i visst avseende framtidsinriktad eftersom den beskriver effekter i scenarier som ännu inte inträffat. Resultatet av analysen ska vara ett tentativt svar på forskningsfrågan, där jag beskriver olika scenarios (t.ex. ”vårdgarantin kommer att minska väntetiderna under ... omständigheter”) som utifrån min läsning av den vetenskapliga forskningen förefaller sannolik. Forskningsfrågan jag vill besvara är:

*Under vilka omständigheter kan vårdgarantin i Sverige förväntas bli en effektiv reformåtgärd med syfte att minska väntetider inom vården?*

Effektivitet används här i den meningen ”hur stort genomslag eller verkan” kan policyn förväntas få (jmf. ”effectiveness”), och inte ”hur kostnadseffektiv är den” (jmf. ”efficiency”).

### 1.2.1 Avgränsningar

Denna undersökning baseras enbart på material från sekundära källor då jag vill ta fördel av den breda kunskapen som redan finns inom ämnet. Även om min strategi inte kommer att leverera statistiskt säkra svar på frågan om vårdgarantins effektivitet, tycker jag att en bred orienteringsram i form av olika möjliga scenarios kan vara ett värdefullt bidrag. En annan avgränsning är att denna uppsats på grund av platsbrist inte kommer gå igenom alla kombinationer av åtgärder som är möjliga inom ramen för vårdgarantin. Problemet som uppstår vid analysen av vårdgarantin är att denna är en indirekt åtgärd. Kombinationsmöjligheterna av åtgärder på tillgångs- och på efterfrågesidan som kan vidtas av landstingen för att uppfylla vårdgarantin är närmast oändliga, och det gör inte saken lättare att varje landsting i stort sett själv kan välja de åtgärder det vill implementera (Riksrevisionen, 2004, s.11). I brist på utrymme måste min analys av åtgärder i samband med vårdgarantin därför begränsas till två scenarier. En ytterligare avgränsning är att denna uppsats fokuserar på väntetider till sekundär- eller specialistvård. Anledningarna till denna fokusering är flera:

1. Den svenska vårdgarantin gäller just tillgång till specialist- och sekundärvård (sweden.gov)
2. Väntetidsproblemet i Sverige gäller huvudsakligen den specialiserade vården (Motion, 2005/06:So424; Siciliani&Verzulli,2009 s.1299)
3. Primär och akutvården kännetecknas av annorlunda institutioner, regler och problem än den specialiserade vården, vilket gör analysen av problem och lösningar inom den specialiserade vården icke-tillämpbar på primär- och akutvård.



## 2 Metod

### 2.1 Vetenskapsteoretiska utgångspunkter

Till grund för denna uppsats ligger en socialkonstruktivistisk syn på verkligheten. Denna syn menar att verkligheten skapas av sin betraktare, och i sociala sammanhang uppstår verkligheten som en produkt av interaktionen mellan människor (Bryman & Bell, 2003, s.19). Med detta följer en interpretivistisk syn på kunskap, där fokuset ligger på förståelse och mening snarare än förklarande (McNeill & Chapman, 2005, p.19). Jag anser denna ståndpunkt som lämplig eftersom min sammanställning av både empiri och teori i denna uppsats bygger på min förståelse och tolkning av andras beskrivningar av verkligheten. Att vara medveten om kontexten inom vilken de källor som jag använder i min text är framtagna, blir avgörande för hur jag värderar de och för hur jag tillämpar de i byggandet av scenarier. Uppsatsen är en kvalitativ studie, där empirin kommer från sekundära källor både i form av ord och officiell statistik, som bearbetas med kvalitativa metoder. Vidare kan uppsatsen anses vara teorikonsumerande snarare än teoriutvecklande (Esaiasson m.fl., 2007, s. 99, 121), eftersom den drar från existerande teori för att skapa förståelse om ett specifikt fall. Abstraktionsnivån (Lundquist, 1993, s.63-65) i denna studie är låg. Både de teorier som används och de slutsatser som dras har giltighet för detta fall, och ger inte upphov till mera generell samhällsvetenskaplig teoribildning.

### 2.2 Forskningsdesign

Forskningsdesignen i denna uppsats kan bäst beskrivas som en fallstudie, där vårdgarantin utgör fallet. Fallstudier tillåter olika datainsamlingsmetoder, olika analysmetoder, både kvalitativa och kvantitativa, och de kan hantera teori på olika sätt (Burton, 2000, s.217). Fallstudier skapar en kontext där tolkning blir meningsfullt (Merriam, 1994, s.24), inte minst min tolkning av den befintliga kunskapen om sjukvårdsreformer när jag applicerar den på scenarier. Fallstudier beskrivs också som partikularistiska (Merriam, 1994, s.25), dvs. att det konkreta eller praktiska problemet står i fokus, snarare än generaliserbarhet eller teoriutveckling. Även frågeställningen om vårdgarantins tänkbara effektivitet är snarare problemdriven än teoridriven, vilket passar bra ihop med en fallstudiedesign. Denna problemdrivenhet påverkar naturligtvis också forskningsresultaten. Jag är medveten om att resultaten i första hand kommer (förhoppningsvis) att öka kunskapen om hur effektivt vårdgarantin kan vara för att

minska väntetider snarare än att bidra till den teoretiska kunskapsutvecklingen. Detta är dock ingen nackdel, då jag tycker att det valda fallet, vårdgarantin, är tillräckligt viktigt i sig för att rättfärdiga kunskapsproduktion. Jag ansluter mig synen att själva fallen i fallstudier är teoretiskt konstruerade av forskaren (Burton, 2000, s.216) med syftet att utföra forskning på dem.

## 2.3 Disposition

Vårdgarantin ska prövas i ljuset av existerande forskning. Efter en introduktion till problematiken och en presentation av forskningsfrågan i första kapitlet, redovisar jag mina metodologiska val i kapitel 2. I teorikapitlet presenterar jag de faktorer som jag, efter läsning av många vetenskapliga artiklar, kunnat identifiera som signifikanta för minskning av väntetider i samband med en maxväntetidsgaranti. Kapitlet är uppdelat i fyra delar. Den första delen presenterar allmänna frågor i samband med väntetider, vårdköer och väntetidsgarantier. Den andra delen presenterar ett antal specifika åtgärder som tros ha en minskande effekt på väntetider, och som kan implementeras tillsammans med en väntetidsgaranti. I den tredje delen diskuterar jag prioriteringssystem i mera detalj, eftersom de har en så central ställning när väntetider förekommer. I den fjärde delen presenterar jag decentraliseringen som en specifik svensk institutionell faktor som kan spela en roll för hur och om policyåtgärder implementeras. Denna institutionella faktor påverkar alltså väntetider endast indirekt, men skapar en behövlig kontext för de andra faktorer som diskuteras.

Analysen är uppdelat i två delar. Först analyserar jag de faktorer som jag kunnat identifiera i teorin, och sedan konstruerar jag två scenarier utifrån min analys. Analysen av faktorerna delas i sin tur upp i analys av interna faktorer, som beslutsfattarna i den svenska regeringen kan påverka, och externa faktorer som ligger utanför deras kontroll. För att komma fram till hur de enskilda faktorerna skulle kunna utformas förlitar jag mig på information ifrån media, officiella hemsidor och vetenskapliga artiklar, och vävar sedan in denna information med mina egna resonemang. I anslutning till analysen av faktorerna konstruerar jag ett minimiscenario, där kombinationen av faktorerna riktar sig efter hur det idag ser ut, och ett optimistiskt scenario med starkare väntetidsminskning, där hänsyn tas till hur vissa faktorer skulle kunna förändras i en nära framtid. I slutsatsen sammanfattar jag slutligen vad denna undersökning har kommit fram till, och vilka delar som skulle kunna förbättras.

## 2.4 Material

Det material som jag baserar min undersökning på - vetenskapliga artiklar, tidningsartiklar och officiell statistik - kommer nästan uteslutande från sekundära källor. Eftersom min undersökning och mina slutsatser är beroende av dessa sekundära källor,

blir det viktigt med källkritik och en sund misstänksamhet gentemot dessa dokument. I enlighet med May (2001, s.220) anser jag att de dokument som jag studerar inte är en neutral avspiegling av verkligheten, utan en produkt som medvetet eller omedvetet har tagits fram i en specifik kontext. Jag intar ett kritiskt perspektiv i den mån att jag försöker beakta den sociala, ekonomiska och politiska kontexten som dem dokument som jag studerar har framtagits i. Jag håller också med May (2001, s.221) om att dokument kan användas som medier för social maktutövning (Beckman&Mörkenstam, 2009, s.121). Detta har särskilt slagit mig i min genomgång av den svenska mediala debatten. Medan Siciliani&Hurst (2005) i en vetenskaplig artikel räknar upp närmare tolv olika policyalternativ som kan minska väntetider inom sekundärvården, så diskuteras det i de svenska tidningsartiklar som jag har gått igenom i stort sett endast vårdgarantin och valfrihetsreformen (patienters rätt att välja vårdgivare), varav den senare enbart gäller primärvården. Tanken ligger nära att denna insnävning på endast två potentiella lösningar av väntetidsproblemet är ett uttryck av diskursiv makt. Det var inte minst diskrepansen mellan den vetenskapliga och den mediala debatten som framkallade min önskan att pröva den mediala debattens reformförslag.

Trots iakttagelsen om diskursiv makt ligger dock inte själva diskursen i centrum av mitt intresse, utan det är trots allt den verkligheten som diskursen säger sig beskriva som jag är intresserad av. Det jag istället vill ta reda på är om den befintliga vetenskapliga forskningen ger några ledtrådar om och under vilka omständigheter en maxväntetidsgaranti kan vara en effektiv åtgärd för att minska väntetider inom specialistvården. Detta eftersom jag tycker att de långa väntetider inom svensk vård är ett legitimt politiskt och socialt problem som förtjänar vår uppmärksamhet.

Kan man utgå ifrån att vetenskapliga artiklar och officiell statistik är mera trovärdiga än de tidningsartiklar som illustrerar den mediala debatten om väntetider? Jag tror att de vetenskapliga artiklar som jag använder som källor för teorin, innehåller mindre avsiktlig desinformation och utelämnningar än t.ex. tidningsartiklar. Naturligtvis kan kulturella och kontextuella faktorer även reducera trovärdigheten av de vetenskapliga artiklar som jag använder som källor. Jag försöker dock vara medveten om kontexten inom vilken artiklarna är skrivna. De vetenskapliga artiklar är avsedda för en förhållandevis liten internationell expertpublik, och de slutsatser som dras där är därför mindre politiskt känsliga än om samma slutsatser skulle dras på DN:s debattsida. Jag antar alltså att vetenskapliga artiklar i internationella vetenskapliga tidskrifter är mera oberoende (Esaiasson m.fl., 2007, s.318) än tidningsartiklar som har en mycket närmare relation till det politiska skeende. Dessutom är vetenskapliga artiklar "peer-reviewed", och reglerna för vetenskapligt arbete (forskningskriterier) gör det enligt Esaiassons uppfattning ("tendens", Esaiasson m.fl., 2007, s.321) svårare för forskaren att föra ett vinklat resonemang än vad det är för journalisten. För det andra så använder jag material från varierande källor vilket, i den utsträckning de behandlar samma fenomen, tillåter triangulering av fakta och slutsatser (Esaiasson m.fl., 2007, s.319).

## 2.5 Val av material

Den insamlade datan till denna undersökning består nästan enbart av olika former av dokument. Urvalsmetoden som jag använde mig av är *theoretical sampling* där "...idéen är att välja material pga. konceptuellt och teoretiskt relevanta anledningar" (Altheide, 1996, s.34). Konkret utformade jag den teoretiska urvalsmetoden på två olika sätt för att söka efter reformförslag i media och i vetenskapliga artiklar om väntetider.

När jag ville se de reformförslagen som cirkulerar i den svenska offentliga debatten använde jag mig av sökord som hade med vårdväntetider att göra, för att sedan sälla resultaten efter olika reformförslag. Jag valde alltså bort alla de tidningsartiklar som enbart var problembeskrivningar, och sparade sådana artiklar som innehöll förslag till reform. De sökorden jag använde mig av är:

VÅRDKÖER, VÅRDKÖ, VÄNTETID I VÅRDEN, VÄNTETIDER I SJUKVÅRDEN

När det kommer till sökning efter vetenskaplig forskning var jag intresserad av artiklar som förklarar väntetidsproblematiken, artiklar som behandlar olika policys som minskar väntetider, och artiklar som specifikt handlar om maxväntetidspolicys. Några av de sökord jag använde är:

Health care waiting time, waiting time, waiting time guarantee, maximum waiting time, waiting time policy, health care reform, health care system, health care efficiency, patient choice, health care policy,

Ett problem som ofta dyker upp med teoretiskt urval (*theoretical sampling*) är att avgöra hur många analysenheter man ska samla för att ha ett bra analysunderlag (Altheide, 1996, s.35). Det är praktiskt omöjligt för mig att läsa alla artiklar i svensk media som har skrivits om väntetider i sjukvården, på samma sätt som det är omöjligt för mig att ha läst all forskning som finns om ämnet. Hur avgör man då hur många artiklar som är nog? Altheide (1996, s.35) menar att det är viktigt att ens urval av artiklar återspeglar bredden (*range*) av ett ämne men också variationen inom bredden, och tillägger att 15-20 artiklar är en bra start. I min teorisökning har jag läst igenom fler än 20 vetenskapliga artiklar, och valt 17 styck som källor till teoridelen. Även i min sökning av nyhetsartiklar har jag läst igenom fler än 20 stycken, men använt färre av dem eftersom det repeterades bara ett fåtal förklaringar till vårdväntetider.

## 2.6 Scenarier

Scenariometoden tillskrivas egentligen ett område som kallas för *future studies* (Börjeson et al, 2006, s.724). Jag skulle inte kategorisera min uppsats som en future study utan snarare en fallstudie med en framåtblickande frågeställning, eftersom både

min forskningsfråga och de slutsatser som dras är mycket snävare och mera avgränsade än vad future studies brukar vara. Enligt min uppfattning är dock den framåtriktade frågeställningen en bra anledning för att låta sig inspireras av scenariometoden. Börjeson et al (2006) presenterar en typologi av 9 olika scenariometoder, och den metoden som jag anser närmast motsvara de krav som min forskningsfråga genererar är *strategic scenarios*.

Syftet med strategiska scenarier är att beskriva en rad möjliga konsekvenser som strategiska beslut (som t.ex. att implementera en maxväntetidsgaranti) kan medföra. Fokuset i strategiska scenarier ligger på interna faktorer (som beslutsfattaren kan påverka), men det tas även hänsyn till sådana externa faktorer (som beslutsfattaren inte kan påverka) som med större sannolikhet kommer att påverka utfallet av det strategiska beslutet. Konsekvenserna värderas i förhållande till strategiska mål. Strategiska scenarios används ofta av politiska beslutsfattare, men även av intresserade parter som intressegrupper eller policyanalytiker, som vill ha en uppfattning om hur ett specifikt problem kan påverkas av olika policyåtgärder. (Börjeson et al, 2006, s.728). Strategiska scenarier beskriver möjliga framtida händelseförlopp som är troliga under betingelsen att de ingående faktorer kombineras på det viset som scenariot anger.

I min uppsats behandlas införandet av vårdgarantin som det strategiska beslutet som ska fattas, och konsekvenserna utvärderas i förhållande till väntetidsminskning. Fokuset ligger på interna faktorer, som t.ex. aktivitetsbaserade ersättningssystem eller finansiella incitament till vårdgivare, men hänsyn tas även till externa faktorer som t.ex. efterfrågans tidselasticitet eller landstingens vilja och förmåga att implementera reformer. Scenarierna ska alltså uppfylla två mål: 1. att ge läsaren en bild av hur effekterna av kombinationer av sjukvårdspolitiska åtgärder i samband med en maxväntetidsgaranti skulle kunna se ut och 2. Att framföra kvalificerad gissning på hur den framtida utvecklingen av väntetiderna skulle kunna se ut.

## 3 Teori

### 3.1 Generellt om väntetidsfenomenet

#### 3.1.1 Väntetid och vårdgaranti

Denna uppsats fokuserar på väntetider till sekundär- eller specialistvård. Väntetiden på specialiserad vård för en patient kan sägas börja när patienten har fått remiss från en allmän läkare till specialistvård (Siciliani&Hurst, 2004, s.97; Kenis 2006 s.295). Själva väntetiden är den tiden som passerar från att patienten har remitterats tills att patienten påbörjat behandling hos specialist. Siciliani&Hurst (2004, s.97) skiljer dessutom på *outpatient* och *inpatient* väntetid, då *outpatient* står för den tiden som går från remisstidpunkten tills att patienten fått träffa en specialist för undersökning, och *inpatient* är den tiden som går från att specialisten har beslutat om en särskild behandling, tills att denna behandling påbörjats. Den svenska vårdgarantin gör samma uppdelning, då patienten får en garanti om att väntetiden tills det att patienten får träffa en specialist inte ska överstiga 90 dagar, och en maxväntetidsgaranti på ytterligare 90 dagar ges för den perioden då beslut om vård har fattats av specialist tills det att den påbörjats (väntetider.se-2).

#### 3.1.2 Tidselasticitet av efterfrågan

En återkommande debatt inom den vetenskapliga litteraturen handlar om efterfrågans tidselasticitet (*demand-time elasticity*) inom sjukvården (Van Ackere&Smith, 1999, s.225, s.244-245; Iversen, 1993, s.70) . Om efterfrågans tidselasticitet är låg förblir efterfrågan på ungefär samma nivå, oavsett väntetiden, om den däremot är hög, så kommer efterfrågan att öka i takt med att väntetider förkortas, och den kommer att minska när väntetiderna blir längre. Frågan om tidselasticiteten blir relevant när man övervägar att implementera reformer som minskar väntetider. Är efterfrågan elastisk, så kommer väntetidsminskningarna att "ätas upp" av en ökad efterfrågan, och reformen når inte sitt mål. Är den oelastisk, så kommer väntetidsminskningar att finnas kvar.

En aspekt av efterfrågan efter specialistvård i system med tvingande remiss från allmänläkare är att den i första hand inte kommer direkt från patienten utan från remitterande läkare (Taviakoli&Goddard, 2008, s.781; Siciliani&Hurst, 2004, s.96; Van

Ackere&Smith, 1999, p.227). Patienten efterfrågar hälsa, men det är den remitterande läkaren som förvandlar patientens krav till efterfrågan på specialiserad vård. Om man utgår ifrån att allmänläkare remitterar i de fall där de på grund av sin medicinska diagnos kan avgöra ett behov för specialistvård, så borde de inte börja med att remittera fler patienter bara för att väntetiden för patienten är kortare. Om däremot fler patienter med medicinska problem skulle börja söka upp allmänläkare skulle därmed efterfrågan öka något.

### 3.1.3 Vårdkö och kategorisering av policys

En ekonomisk förklaring till vårdköer är att efterfrågan efter vårdtjänster är större än tillgången. Den delen av efterfrågan som inte kan mötas omedelbart av tillgångssidan (den specialiserade vården) sätts på en väntelista, en s.k. vårdkö (Kenis 2006 s.295). Om efterfrågan permanent skulle överstiga tillgången på specialistvård, skulle vårdkön kontinuerligt växa. Mullen (2003, s.33) preciserar att när ett sjukvårdssystem som går på full kapacitet möts av en fluktuerande efterfrågan, leder detta till väntetider. Siciliani&Hurst (2005, s.202) argumenterar att väntetider antingen uppstår för att utbudet på vårdtjänster bedöms vara för litet, eller för att efterfrågan på vårdtjänster bedöms vara för stor. Med denna konceptualisering i bakgrunden delar de in sjukvårdspolitiska åtgärder i tre grupper, åtgärder som påverkar faktorer som styr efterfrågan (*demand side policies*), åtgärder som påverkar faktorer som styr utbudet (*supply side policies*), och reformer som direkt angriper väntetider (*policies acting directly on waiting times*, ibid, s.204). Enligt denna kategorisering är vårdgarantin en reform som angriper väntetider direkt.

## 3.2 Teorier om specifika åtgärders effekter på väntetider

### 3.2.1 Finansiella incitament till vårdgivare

Finansiella incitament till vårdgivare ska uppmuntra dessa att minska väntetiderna för patienter, antingen genom att utöka tillgången på specialistvård, eller genom att minska efterfrågan (Siciliani&Hurst, 2005, s.213). De kategoriseras som en åtgärd som angriper väntetiderna direkt (ibid). De omvända incitamenten förekommer i system, där vårdgivare erhåller finansiella tillskott för att "lösa" problemet med väntetiderna. Iversen (1993, s.56) och Hagen&Kaarbøe (2006, s.322) rapporterar om att sjukhus i Norge under en period aktivt försökte upprätthålla långa vårdköer för att sedan erhåller finansiella tillskott för att "lösa" problemet.

Tillgången på specialistvård kan antingen ökas genom investeringar i kapacitet eller produktion av vårdtjänster, eller genom effektiviseringar av den existerande verksamheten (Siciliani&Hurst, 2005, s.204; Bowers, 2010, s.247). Minskningar av

efterfrågan kan uppnås genom att höja behovströskeln för tillgång till vårdkö (Siciliani&Hurst, 2005, s.213). Vilken väg som kommer att väljas av vårdgivarna beror inte minst på betalningsmodellen (aktivitetsbaserad ersättning eller global budget). Om behovströskeln för tillgång till vårdkö sätts olika högt från landsting till landsting skulle detta innebära en mera ojämlik tillgång till vården för patienter i olika delar av landet. Dessutom skulle olika höga behovströsklar kunna fungera som incitament för patienter att söka sig till de landsting där behovströskeln är lägst och väntetiden kortast. På det viset "straffas" de landsting som uppfyller tillgänglighetsmålen bäst. En lösning skulle kunna vara en aktivitetsbaserad ersättningsmodell för vårdgivare.

### 3.2.2 Ersättningsform för vårdgivare

En fixpunkt i diskussionen om produktivitetsökning inom vården är s.k. aktivitetsbaserade ersättningssystem för vårdgivare (*activity-based funding*, ABF) i samband med patientdiagnosgrupper (*DRG-diagnosis related groups*) (jmf. Hagen&Kaarbøe, 2006, s.322; Siciliani&Hurst, 2004, s.112; Dawson et al, 2006, s.127; Siciliani&Hurst, 2005, s.205).

Siciliani&Hurst (2004, s.112) presenterar tre kategorier av ersättningssystem för vårdgivare: aktivitetsbaserad ersättning, blandsystem och system med fasta budgetar. I ett aktivitetsbaserat ersättningssystem får vårdgivarna (sjukhus, vårdcentraler, läkarmottagningar etc.) en viss ersättning för varje patient de behandlar. Ersättningens höjd beror på diagnosen (DRG-diagnosis related groups) och föreslagen behandling. Nivåerna på ersättning förhandlas mellan sjukvårdsförsäkringen (t.ex. försäkringskassan) och vårdgivarna och står sedan fast. Blandformer ger fasta budgetar för vissa delar av vårdgivarnas verksamhet, och en aktivitetsbaserad ersättning för andra delar (Siciliani&Hurst, 2004, s.112). Eller så kan tillämpningen av ersättningssystem variera mellan olika delar av landet, eller mellan olika delar av vården (primär-, akut-, specialistvård). I system med fasta globala budgetar ges vårdgivaren en viss fast budget för en viss verksamhetsperiod, budgetens storlek bestäms av det uppskattade behovet, men den är oförändrad oavsett hur många patienter faktiskt behandlas (ibid).

Siciliani&Hurst (2005, s.205) argumenterar att fasta budgetar inte lämnar några incitament till vårdgivare att behandla fler patienter, eftersom fler behandlingar inte leder till större intäkter. I aktivitetsbaserade ersättningssystem däremot finns det tydliga incitament i form av intäkter till att utnyttja den existerande kapaciteten så väl som möjligt (ibid). Empiriska undersökningar pekar på ett tydligt samband mellan ersättningsformen och aktivitetsnivån, där aktivitetsbaserad betalning leder till fler behandlade patienter (Hagen&Kaarbøe, 2006, s.322; Siciliani&Hurst, 2004, s.111). Vidare finns det ett tydligt inverst samband mellan antal behandlade patienter och väntetider. I Siciliani&Hurst: s (2004) undersökning av väntetidsvariationer mellan olika länder visar sig att de länder som har ABF- ersättningssystem även har de kortaste väntetider, medan länder med fasta budgetar har de längsta, och detta trots faktumet att länderna med långa väntetider ofta spenderar lika mycket på sjukvård som länder med korta väntetider.



### 3.2.3 Prestationsbunden lön för vårdpersonal

Parallellt med diskussionen om aktivitetsbaserad ersättning för vårdgivare, finns det även forskning som pekar på att vårdpersonal, i synnerhet läkare, som har en prestationsbunden andel i sin lön uppvisar en högre produktivitet i form av behandlade patienter per läkare än sina kollegor med fasta löner (Siciliani&Hurst, 2004, ss.110-112). En högre produktivitet av läkare och vårdpersonal leder i första steget till mer aktivitet (fler patienter behandlas) och i andra steget till minskade väntetider (Siciliani&Hurst, 2004, s.115). Hur mycket väntetiderna minskar beror på efterfrågans elasticitet (ibid).

### 3.2.4 Patientval av vårdgivare

Ett aktivitetsbaserat ersättningssystem behöver inte nödvändigtvis inkludera patientens rätt att välja vårdgivare, och patientval av vårdgivare innebär inte automatiskt etableringsfrihet för privata läkarmottagningar, men i många länder samverkar sådana policys (Siciliani&Hurst, 2004). Patientens rätt att välja vårdgivare sägs utjämna vårdväntetider inom ett sjukvårdssystem, då patienten kan söka sig till de vårdgivare som har de kortaste väntetider (Dawson et al, 2007, s.126). Effekten på genomsnittsväntetiderna uppskattas vara mycket liten om patientval (*patient choice*) införs utan något annat policykomplement. Men eftersom variationen av väntetiderna mellan olika vårdgivare reduceras, har de patienter en välfärdsvinst som innan befann sig i en lång vårdkö. Om patientval kombineras med ett aktivitetsbaserat ersättningssystem skapas en marknad för vårdtjänster där vårdgivarna konkurrerar på endast vårdkvalitet som kriterium (Varkevisser et al, 2010, s.44). I ett system där populationen har sjukvårdsförsäkring, och försäkringen betalar standardiserade belopp för specificerade behandlingar till vårdgivarna finns det alltså ingen priskonkurrens (Dawson et al, 2007, s.126). Kvalitetsfaktorererna är många, men en som är avgörande för många patienter är tillgänglighet (Björnberg et al, 2009, s.25). I ett patientvalssystem med ABF existerar det alltså tydliga finansiella incitament att förkorta väntetiden för patienten (Siciliani&Hurst, 2005, s.209). Statistik om vårdköer i olika länder pekar mot att de länder som har ett patientvalssystem kopplat med ett aktivitetsbaserat ersättningssystem också har kortare eller inga väntetider (Siciliani&Hurst, 2004, s.114).

Fördelarna med patientvalssystem godkänns inte av alla författare inom området. Mendis (2009, ss.269-270) argumenterar att det är svårt för patienter som inte är medicinsk kunniga att bedöma vårdkvaliteten. Han framför också en vanlig form av marknadskritik, där han menar att patienter inte känner till sina preferenser, att de är ovilliga eller oförmögna att använda information om vårdkvalitet inför valet av läkare, och att de finansiella incitamenten som ges till vårdgivare eller läkare förstör andra incitament. Däremot nämner han inte några negativa effekter på väntetider.

### 3.2.5 Gatekeeping

Med *Gatekeeping* menas i sjukvårdssammanhang att allmänläkare eller primärvård kontrollerar tillgången till den specialiserade vården genom kravet på remisser. Idén med gatekeeping är att den specialiserade vården inte ska överbelastas av patienter med problem som kan lösas av primärvården, och därigenom spara på resurser och väntetid (Björnberg et al, 2009, s.6). Paradoxalt nog så pekar empiriska fakta åt det motsatta hållet, dvs. att länder med gatekeeping har längre väntetider än länder utan det (Björnberg et al, 2009, s.25), och det finns inga empiriska bevis på att gatekeeping sänker kostnader i specialistvården (Björnberg et al, 2009, s.31).

## 3.3 Maxväntetidsgaranti och prioriteringssystem

I sjukvårdssystem där det inte förekommer nämnvärda väntetider finns det heller inte något behov för prioriteringssystem, eftersom alla patienter får vård inom en kort tidsperiod. I och med att väntetider inför behandling förekommer, uppstår det frågan hur man ska fördela väntetiden bland de väntande patienter, vilket ger upphov till olika prioriteringssystem. Siciliani&Hurst (2005, s.212-213) varnar uttryckligen för att maxväntetidsgarantier hamnar i konflikt med kliniska hänsynstaganden om de inte är avstämda med ett formellt prioriteringssystem.

### 3.3.1 Prioritering enligt turordning

Den enklaste varianten är ett s.k. FCFS (*first come first serve*) system (Goddard&Tavakoli, 2008, s.781), där patienter behandlas i den turordningen som de har remitterats till behandling. I ett sådant prioriteringssystem fördelas väntetiden lika bland alla väntande patienter oavsett diagnos. FCFS prioritering införs ofta tillsammans med en villkorlös maxväntetidsgaranti (*unconditional waiting-time guarantee*) som garanterar att ingen patient behöver vänta längre än en viss förutbestämd tidsperiod (Siciliani&Hurst, 2005, s. 212).

Ytligt betraktat förefaller ett sådant system både rättvist och enkelt att administrera. Goddard&Tavakoli (2008, s.786) påpekar dock att ett FCFS system leder till den minsta totala nyttomaximeringen (total welfare maximization) jämfört med andra prioriteringssystem. Detta beror på att en given väntetid är mer kostsamt, smärtsamt och riskabelt för svårt sjuka patienter än för lindrigt sjuka patienter, och det förefaller därför förnuftigt att istället överväga ett prioriteringssystem som fördelar väntetiden bland de väntande patienter enligt medicinska behov, dvs. att de mest allvarliga sjuka patienter får kortast eller ingen väntetid och de med mindre allvarliga diagnoser får en något längre väntetid. Detta resonemang sammanfaller med erfarenheter från England och Sverige, där villkorlösa väntetidsgarantier har ersatts med villkorliga väntetidsgarantier (*conditional waiting time guarantee*, Siciliani&Hurst, 2005, s.212).

### 3.3.2 Prioritering enligt behov

När det införs en villkorlig väntetidsgaranti måste det även finnas ett prioriteringssystem som fastslår enligt vilka kriterier patienter får tillgång till den villkorliga väntetidsgarantin. Prioritering kan ske enligt medicinska eller andra kriterier (*clinical and non-clinical priorities*), och vilka kriterier som inkluderas i ett prioriteringssystem är slutligen en politisk fråga (Mullen, 2003, s.38). Prioriteringssystem kan dessutom ha olika mål, antingen är målet att fördröja behandling för patienter enligt vissa fastskrivna kriterier, eller så är målet att neka behandling för vissa patienter och fördröja den för andra (*Rationing*, Mullen, 2003, s.36; Goddard&Tavakoli, 2008, s.781).

Goddard&Tavakoli (2008, s.785) skriver om explicit och implicit ransonering (explicit and implicit rationing) av tillgången till väntelistan, där explicit betyder att endast patienter med vissa diagnoser får tillgång till en väntelista med FCFS, och implicit betyder att alla diagnoser får tillgång till väntelistan men med olika långa väntetider beroende på diagnos. Goddard&Tavakoli (2008, s. 789) visar genom en matematisk modell av väntelistor (vårdköer) att ett system med implicit ransonering minskar den totala väntetiden lika mycket som ett system med explicit ransonering, men att den förstnämnda även maximerar den totala nyttan och är därför att föredra. Minskningen av den totala väntetiden härrör från faktumet att patienter vet vilken prioritering och förväntad väntetid de har, och utifrån denna information kan bestämma sig för att avstå från behandling eller söka privat vård. Patienter förväntas avstå eller söka privat vård när deras diagnos inte är allvarlig och väntetiden är lång. Nyttomaximeringen i sin tur förklaras med att mer allvarligt sjuka patienter får behandling snabbare än lindrigt sjuka och därmed minimeras den totala kostnaden av väntetiden.

### 3.3.3 Problem med dual practice och privat vård

Ett av de mera omskrivna problemen är frågan om *perversa incitament* för läkare (Van Ackere&Smith, 1999, s. 228; Iversen, 1993, s.56; Siciliani&Hurst, 2005, s.207). Om de läkare som företar prioriteringen av patienter inom offentlig sjukvård, vid sidan av sin anställning på sjukhus eller vårdcentral bedriver en privat mottagning, så uppstår det perversa incitament för dessa läkare att förlänga väntetiden för patienter. Patienter med en särskild lång väntetid erbjuds då privat vård utan väntetid på läkarens privata mottagning. Siciliani&Hurst (2005, s.212) menar att läkarnas avsiktliga nedprioriteringar av patienter leder till längre genomsnittsväntetider för patienterna, än när offentlig anställda läkare inte tillåts bedriva privata mottagningar. Iversen (1997, s.389) lägger till att patienter som behandlas privat ofta ta samma kapacitet (samma sjukhus, samma operationssalar, samma personal) i anspråk som patienter inom offentlig sjukvård, och därför förlänger väntetiden för dessa. Samtidigt är varje bortfall från den offentliga väntelistan också en väntetidsförkortning för de patienter som finns kvar på listan, och den totala effekten av privat vård på offentliga väntetider beror därför på den privata vårdens separata kapacitet.

### 3.3.4 Kostnadseffektivitet av prioriteringssystem

En annan stridsfråga är kostnadseffektiviteten (efficiency) av prioriteringssystem. Medan vissa forskare verkar ha som antagande att prioriteringssystem är kostnadsfria, driver Iversen (1997, s.57) ett övertygande matematiskt resonemang om att förvaltningen av vårdköer är en resurskrävande aktivitet, som drar vårdens resurser från patientvård till förvaltningen av vårdköen. Han beskriver processen som en spiral, där de minskade resurser för behandling i sin tur leder till ännu längre vårdköer, vilket leder till ännu större kostnader för förvaltning osv. I rak motsats till detta resonemang anför Siciliani&Hurst (2005, s.205) ett empiriskt exempel, där införandet av ett formellt prioriteringssystem (waiting list management) ledde till kostnadsbesparingar pga. bättre rutiner och standardiserade processer.

### 3.3.5 Nyttan av maxväntetidsgarantier

Olika former av maxväntetidsgarantier tillsammans med prioriteringssystem har satts i verk i en rad olika länder med varierande framgång med avseende på minskningen av väntetider (Siciliani&Hurst, 2005, s.212). Men vissa forskare ifrågasätter hur önskvärd maxväntetidsgarantier överhuvudtaget är. Goddard&Tavakoli (2008, s.789) visar med sin matematiska väntetidsmodell att den totala nyttan minskar vid införandet av en maxväntetidsgaranti, när det samtidigt finns ett prioriteringssystem med implicit ransonering. Anledningen är att genomsnittsväntetiden inte minskar vid införandet av en maxväntetidsgaranti, utan väntetiden omfördelas endast från mindre behövande patienter till mer allvarligt sjuka. Därför avråder Goddard&Tavakoli (2008, s.789) med bestämdhet från införandet av en maxväntetidsgaranti. De utgår dock ifrån antagandet att inga andra reformer införs samtidigt med väntetidsgarantin. Mullen (2002, s.33) för fram ett motargument, nämligen fenomenet att vissa patienter med lägre prioritering och "medicinsk ointressanta diagnoser" "glöms bort" i kön och står inför helt orimligt långa väntetider. Sådana patienter skulle enligt henne profitera från en maxväntetidsgaranti, samtidigt som den totala nyttan maximeras. Även Siciliani&Hurst (2005, s. 213) medger att maxväntetidsgarantier är mest effektiva som en del i ett policypaket, där olika åtgärder som inte stör varandra, tillsammans tillämpas för att minska väntetiden.

### 3.3.6 Förmågan att prioritera rätt

Mullen (2002, s. 38) öppnar även för en annan diskussion, nämligen huruvida läkare har förmågan att prioritera rätt för en given diagnos. I sin undersökning kommer Mullen (2002, ss.38-39) fram till att läkare prioriterar rätt i större utsträckning när det finns formellt fastlagda kriterier för prioritering. När det saknas sådana formellt fastlagda kriterier kan prioriteringen av en patient med samma diagnos variera kraftigt från läkare till läkare. Dessutom slår Mullen (2002, ss. 39-40) fast att prioriteringen av patienter blir oftare i enlighet med diagnos och formella kriterier när den utförs av läkare än när den utförs av annan vårdpersonal.

## 3.4 Institutionella faktorer

### 3.4.1 En decentraliserad sjukvård

De befintliga institutioner i ett land påverkar vilka och hur välfärdsreformer utförs (Erlingsson&Santesson-Wilson, 2009, s.45), och så är även fallet inom sjukvårdspolitik. Den institutionella faktorn skapar alltså inte väntetider själv, men den påverkar hur reformförslag, bl.a. de som jag beskrivit hittills, omsätts och därmed hur och om de kan bli effektiva. Fredriksson&Winblad(2007) pekar ut i sin artikel att den decentraliserade strukturen av den svenska sjukvården, med en komplicerad ansvarsfördelning på olika politiska nivåer och bland olika aktörer har orsakat en rad problem. De åskådliggör problemen på exemplet med patientvalfrihet (*patient choice*), men samma institutionella faktorer påverkar även när det handlar om vårdgarantin eller andra sjukvårdspolitiska reformer. I Sverige har decentraliseringen av sjukvården drivits så långt, att landstingen nu har ansvar för alla tre funktioner: planering, utförande och finansiering (Fredriksson&Winblad, 2007, s.271). Landstingen är relativt autonoma i hur de utformar sjukvården, samtidigt måste de lyda under regeringens ramlagstiftning och rekommendationer och är beroende av regeringen för en viss andel av sin finansiering (ibid, s.272). Av central betydelse i detta sammanhang är vad författarna kallar för *soft law*, alltså rekommendationer från regeringen och hur de kommer till. Rekommendationer till landstingen formuleras i en utdragen konsultations- och förhandlingsprocess mellan regeringen och landstingen, där man försöker hitta kompromisser samtidigt som man försöker omsätta regeringens önskemål (ibid, s.273). Resultatet av processen är en rekommendation, ofta förknippad med olika incitament för landstingen, dock utan sanktionsmekanismer för landsting som inte följer den.

Fredriksson&Winblad (2007, ss.277-278) menar kunna observera ett antal effekter som den decentraliserade strukturen i samband med *soft law* har. Rekommendationer tolkas olika av olika landsting vilket leder till stor variation i regler och åtgärder landstingen emellan. Landstingspolitiker, som har ett eget politiskt mandat och dessutom ibland tillhör andra politiska partier än de de ingår i regeringen, är de mest inflytelserika aktörer vad gäller resurstilldelning inom sjukvården i Sverige. Detta ger upphov till frågan hur mycket kontroll regeringen har över innehållet av sjukvårdsreformer. När det finns konflikter mellan regeringen och landstingen, som i frågan om patientvalfrihet, kan detta leda till stora variationer i utformningen av reformer, vilket kan tillintetgöra eller åtminstone delvis blockera reformens syfte, samtidigt som det kan skapa en mycket ojämlig sjukvård för patienter, beroende på var i landet de bor. (Fredriksson&Winblad, 2007, ss.277-278)

## 4 Analys

### 4.1 Analys av interna faktorer

#### 4.1.1 Bindande lagstiftning

Som Fredriksson&Winblad (2007, s.277-278) pekar ut, har rekommendationer från regeringen till landstingen den egenskapen att de leder till stor variation i implementeringen av åtgärder, eftersom landstingen har ett stort tolkningsutrymme. Dessutom saknar rekommendationer sanktionsmekanismer ifall landstingen inte lever upp till de mål som rekommendationen sätter (ibid, s.273). Variationer i utformningen av sjukvårdsåtgärder och landstingens möjlighet att vägra att implementera de kan tillintetgöra delar eller hela den avsedda effekten av en föreslagen policy (Fredriksson&Winblad, 2007, ss.277-278). Ett resultat av den otillfredsställande situationen med landsting som inte följde regeringens rekommendationer i frågan om vårdgarantin har varit att regeringen till slut införde bindande lagstiftning om väntetidsgarantin som trädde i kraft den 1 juli 2010 (sweden.gov). Landstingen är nu skyldiga att följa vårdgarantins innehåll enligt lag, och socialstyrelsen är tillsynsmyndigheten som ska följa upp om kraven efterlevs och har även möjlighet att vidta åtgärder om landstingens implementering uppvisar brister (socialstyrelsen.se). Det är fortfarande för tidigt för att avgöra om formuleringen av vårdgarantin är tillräckligt precis. Två kryphål kan dock redan nu urskiljas: Den tiden som går från att en patient har fått träffa en specialist tills det att specialisten har fattat beslut om behandling omfattas inte av vårdgarantin, och de väntetider som uppstår från den tidpunkten då behandling hos specialist har påbörjats, täcks inte heller av garantin. Vårdgarantins bindande status är definitivt en förbättring gentemot rekommendationsstatusen, men det återstår att se vilka sanktionsmekanismer ”... att vidta åtgärder” innebär. Regeringen har även skärpt rapporteringskravet för landstingen när problem med rapportering av väntetider (den patientvalda väntan) dök upp (sweden.gov-2). Om vårdgarantins lagstatus räcker för att säkrar efterlevnad av dess innehåll skulle variationer i implementeringen av vårdgarantin kunna begränsas, och ett landstings vägran omöjliggöras. Regeringens beslut att skärpa rapporteringskraven tyder dessutom på att den är beredd att justera vårdgarantin om variationer i implementeringen (patientvald väntan) uppträder som riskerar att äventyra policyns syfte.

#### 4.1.2 Finansiella incitament

Finansiella incitament ska uppmuntra vårdgivarna, i det svenska fallet landstingen, till att minska sina väntetider (Siciliani&Hurst, 2005, s.213). Den svenska versionen heter *kömiljarden* och är ett finansiellt tillskott som delas ut av regeringen till de landsting som uppfyller väntetidsgarantin för minst 80 % av sina patienter (regeringen.se). Den ska vara ett incitament för landstingen att uppfylla väntetidsmålen. Siciliani&Hurst (2005, s.205) menar att finansiella incitament ensamt har visat sig leda till reducerade väntetider, kömiljarden kan alltså ses som ett positivt tecken på att även de svenska väntetiderna kommer att minska. Om landstingen sätter upp liknande incitament för de vårdgivarna i sina respektive län har jag inte kunnat ta reda på.

Dock menar Siciliani&Hurst (2005, s.205) även att kombinationer av incitament, väntetidsmål och ABF har visat sig tillsammans ha den största effekten på väntetider. I Sverige finns de två förstnämnda policyn på plats.

#### 4.1.3 Aktivitetsbaserad ersättning och prestationsbundna löner

En rad forskare framhäver aktivitetsbaserade ersättningssystem som ett sätt att öka aktiviteten (behandlingstakten) inom befintlig vårdkapacitet, och därmed som ett sätt att minska väntetider (*jmf.* Hagen&Kaarbøe, 2006, s.322; Siciliani&Hurst, 2004, s.112; Dawson et al, 2006, s.127; Siciliani&Hurst, 2005, s.205). Den svenska vårdgarantin innehåller dock idag inga riktlinjer om införandet av ABF system. Valet av ersättningssystem lämnas istället åt landstingen (sverigesradio.se). Även om några landsting skulle bestämma sig för att införa ABF system, skulle produktivitetsökningarna vara begränsade till de landsting där systemet tillämpas. I de landsting där ABF system saknas, skulle vårdgarantin tillsammans med kömiljarden snarare leda till att dessa landsting höjer behovströskeln för tillgången till vårdkö, för att på det viset minskar vårdköerna (Siciliani&Hurst, 2005, s.213). Effekterna skulle å ena sidan vara att den regionala ojämlikheten i tillgången till vården ökar, å andra sidan skulle patienter från landsting utan ABF i den mån de kan, börja söka sig till landsting med ABF. Om en sådan patientmobilitet tillåts, skulle detta leda till en överföring av resurser och patienter från landsting utan ABF till landsting med ABF. Senast då skulle förmodligen även rikspolitiken uppfatta ett handlingsbehov i frågan.

Den nuvarande regeringen står inte helt avvisande inför aktivitetsbaserade ersättningssystem. ABF system skulle uppenbarligen passa bra ihop med regeringens mål att öka produktiviteten på den befintliga vårdkapaciteten (sweden.gov-3). Därtill har regeringen redan infört ett ABF-liknande system kopplat med patientval (*Vårdvalvalfrihet*) i primärvården, där grundprincipen är att "... pengarna ska följa patienten" (konkurrensverket.se). Indikationerna på regeringens stöd för ABF system gör det rimligt att anta att regeringen skulle lagstifta om ABF system om en kris med regionala skillnader på tillgängligheten skulle uppträda. Ett rikstäckande införande skulle inte bara jämna ut skillnaderna i tillgången till vård igen. Det skulle också bidra till en riksomfattande ökning av produktiviteten och därmed en minskning av väntetiderna.

En liknande situation kan det sägas föreligga i frågan om prestationsbundna löner. Prestationsbundna löner sägs motivera vårdpersonalen och läkare att utnyttja sin arbetstid bättre och därmed behandla fler patienter, vilket i sin tur kan minska väntetiderna (Siciliani&Hurst, 2004, ss.110-112). Idag är lönerna hos vårdpersonal och läkare som är anställda inom den offentligt utförda vården fasta (Anell, 2005, s.247). Den lilla minoriteten av läkare och vårdpersonal som är anställda inom privat specialistvård har delvis en rörlig andel i sina löner, dock är reglerna inte enhetliga (ibid). I och med att det införts etableringsfrihet för privata vårdgivare inom ramen för *valfrihetsreformen* som avser primärvården, ökar antalet läkare och vårdpersonal med prestationsbunden lön (sweden.gov-4). Om det skulle visa sig att prestationsbundna löner har mätbara effekter på produktiviteten skulle landstingen eller regeringen möjligtvis låta sig inspireras av denna löneform. Förmodligen ännu viktigare för genomförandet av en sådan reform skulle läkarnas och därmed läkarförbundets, som företräder 90 % av läkarna i kollektivavtalsförhandlingar (slf.se), stöd vara. Om de privatanställda läkare uppfattar en prestationsbunden lön som en fördelaktig ersättningsform, skulle möjligtvis även läkarförbundet stödja en lönereform. Om läkarförbundet skulle avvisa prestationsbundna löner ser jag bara marginella chanser för landstingen att driva igenom sin vilja (slf.se).

#### 4.1.4 Prioriteringssystem

Prioriteringssystem är viktiga i samband med väntetidsgarantier, då medicinska hänsynstaganden och väntetidsmål kan hamna i konflikt om de inte är väl anpassade till varandra (Siciliani&Hurst, 2005, s.212-213). Prioriteringssystem blir ännu viktigare när sjukvårdspolitiken anser att problemet med väntetider beror på en för stor efterfrågan och därför inte är villig att skjuta till pengar. När vårdgivarna (dvs. landstingen) står inför en sådan situation måste de höja behovströskeln för att uppfylla väntetidsmålen. För att ett prioriteringssystem ska kunna fungera väl är det dessutom önskvärd att det finns tydliga formella regler för prioritering (Mullen, 2002, s.38-39).

Den svenska vårdgarantin föreskriver inga riktlinjer för prioritering, utan utformningen av prioriteringssystem åligger landstingen (Riksrevisionen, 2004, s.11). Denna situation kan bli problematisk för vårdgivare och för patienter på flera sätt. Om landstingen inte anpassar sina prioriteringssystem väl på vårdgarantin, kan detta medföra oönskade kliniska och ekonomiska konsekvenser. Situationen kan dessutom leda till att vissa landsting inför orimligt höga behovströsklar för att klara av vårdgarantin. Om de dessutom inför ineffektivt organiserade prioriteringssystem utan tydliga riktlinjer kan de bli till en ekonomisk belastning och leda till (oönskad) variation i prioriteringen av patienter. Alla dessa problem skulle förmodligen inte uppstå i samtliga landsting, utan de skulle uppträda i varierande konstellationer i olika landsting. Detta skulle återigen öka ojämlikheterna regionerna emellan och strida mot alla patienters rätt till lika tillgång till vård. Dessutom skulle det vara slöseri med resurser att låta alla landsting hålla på med *trial and error*, när man utgår ifrån att ett välbalanserat utformat prioriteringssystem i hela landet går att införa. Regeringen har emellertid ännu inte insett behovet av rikstäckande bindande riktlinjer. Men med tanke på att regeringen



redan har skärpt kraven på väntetidsrapportering är det fullt möjligt att de även komplettera vårdgarantin med ett tydligt och enhetligt prioriteringssystem.

Det finns idag inget täckande förbud i Sverige mot att läkare som är anställda inom den specialiserade vården även bedriver privata mottagningar. Dock kan problemet med dual practice anses vara försumbart. För det första är den privata sektorn inom den specialiserade vården relativt liten, så att även om dual practice förekommer så borde dess effekter vara ganska små (Anell, 2005, s.238). Dessutom hade år 2003 endast 2,3% av alla svenskar en privat sjukförsäkring, varav inte alla täcker behandling inom privat specialistvård (ibid, s.241) vilket är en begränsning på den möjliga kundbasen för dual practice.

#### 4.1.5 Patientval

Patientvalssystem har visat sig kunna jämna ut väntetidsskillnader mellan olika vårdgivare inom en region (Dawson et al, 2007, s.126). När de kombineras med ABF kan de därutöver även leda till högre produktivitet och därmed minskade väntetider (Siciliani&Hurst, 2005, s.209; Dawson et al, 2007, s.126). Inom den svenska vårdgarantin finns det en bestämmelse som säger att landstingen ska visa hänsyn för patientens önskemål om val av specialist (sweden.gov). Detta är dock ingen garanti, och i praktiken tillåter många landsting inte sina patienter att själv välja specialiserad vårdgivare (nll.se). Med tanke på att den nuvarande regeringen redan infört patientval inom primärvården, och att valfrihetsreformen varit en politisk programpunkt för den, är det ingen alltför avlägsen tanke att den även kommer att införa patientval i den specialiserade vården.

#### 4.1.6 Gatekeeping

Trots att vissa studier har visat att *gatekeeping* (remisstväng för specialistbesök) är en dyr och onödig åtgärd som dessutom är förknippad med långa väntetider (Björnberg et al, 2009, s.25) finns det idag inga tecken på att den nuvarande regeringen vill avskaffa den. Det finns heller inga tecken på att landstingen vill ändra på situationen.

## 4.2 Externa faktorer

### 4.2.1 Regeringsskifte

Ett regeringsskifte vid valet i september 2010 är en extern faktor som förmodligen skulle ha omfattande effekter på hela vårdpolitiken. De partier som står i opposition till den nuvarande svenska regeringen har andra politiska föreställningar om vården. Frågan

vilka policyförändringar som skulle äga rum inom sjukvården i händelse av ett regeringsskifte, och vad dessa förändringar har för effekter på väntetider skulle kunna vara föremål för en egen undersökning. På grund av både utrymmes- och tidsbegränsningar för denna uppsats, tar jag inte hänsyn till möjligheten av ett regeringsskifte i mina scenarier.

#### 4.2.2 Efterfrågans tidselasticitet

*Demand-time elasticity* är av betydelse i förhållande till väntetidsminskningar, eftersom den avgör om minskningarna kommer att fyllas igen av ny efterfrågan som genererats av den kortare väntetiden (Van Ackere&Smith, 1999, s.225, s.244-245; Iversen, 1993, s.70). Jag har inte hittat någon empirisk data på tidselasticiteten av efterfrågan för specialistvård i Sverige. Dock får två indirekta faktorer mig att anta att tidselasticiteten är låg. För det första har remitterande läkare en reglerande effekt på efterfrågan efter specialistvård, och skulle möjligen motverka en markant ökning genom att höja behovströskeln (Taviakoli&Goddard, 2008, s.781). För det andra är den privata sjukvården i Sverige relativt liten (Anell, 2005, s.241) dvs. relativt få patienter väljer privat vård, och därmed är det också potentiellt få patienter som skulle byta tillbaka till offentlig sjukvård när väntetiderna minskar. Hur många personer som helt avstår från behandling inom den specialiserade vården pga. de långa köer är däremot okänt, och skulle kunna utgöra en överraskning när väntetiderna minskar.

### 4.3 Scenarier

#### 4.3.1 Scenario 1: det minsta möjliga

I detta scenario implementerar regeringen vårdgarantin tillsammans med de finansiella incitamenten till landstingen som finns i kömiljarden. Scenariot antar att den bindande lagstiftningen om vårdgarantin, och de sanktionsmekanismer som socialstyrelsen kan tillgripa är tillräckliga för att motivera landstingen till att leva upp till lagens bestämmelser. I avsaknad av både aktivitetsbaserade ersättningssystem för vårdgivare inom den specialiserade vården och av prestationsbundna löner för vårdpersonal och läkare, kommer landstingen inte att öka sin behandlingstakt med hjälp av produktivitetsökningar. Landstingen och regeringen håller fast vid remisskravet för specialistvård. Det är möjligt, att vissa av de landsting som tar del av kömiljardens utdelningar kommer att investera dessa pengar i extracapacitet, vilket kommer att minska väntetiderna något på dessa landsting. Eftersom inga enhetliga och bindande riktlinjer för prioriteringssystem finns, når flertalet av landstingen sina väntetidsmål genom att fördela väntetiden mera jämt bland de patienter som står i kön. Därmed krockar den kliniska prioriteringen av patienter med väntetidsmålen, och patienter med mera allvarliga diagnoser kommer att få längre väntetider. Dessutom höjer vissa

landsting behovströskeln för tillgång till vårdkön, vilket leder över tid till att färre patienter väntar på behandling och därmed minskar även väntetiderna. De patienter som nekas tillgång till vårdkön pga. de högre behovströsklarna, kommer antingen att söka privat vård eller så får de ingen behandling alls. Om deras tillstånd försämras i framtiden kommer de vid en senare tidpunkt att hamna på väntelistan ändå. De höjda behovströsklarna leder på lång sikt till en sämre folkhälsa pga. ett ökande antal obehandlade medicinska problem.

Inga bindande rikstäckande regler införs om patientval i den specialiserade vården, alltså kommer endast ett fåtal landsting att experimentera med sådana reformer. I de län där patientval gäller kommer väntetidsskillnaderna mellan olika vårdgivare att jämnas ut sig, och i den mån att patientval införs tillsammans med ABF kommer behandlingstakten att öka, och vårdköerna på det viset att minska. Denna utveckling är dock ojämnt fördelat över landet, och det är oklart om och hur patienter från andra län kommer att ha möjlighet att få behandling i län med patientval och ABF. Efterfrågans tidselasticitet är låg, därför kommer de uppnådda väntetidsminskningar att vara varaktiga. Läkarnas dubbelengagemang inom den offentliga och den privata sjukvården kommer till en början vara ett försumbart problem. Men i takt med att fler patienter inte får tillgång till vårdköer pga. höjda behovströsklar, och i takt med att patienter med mera allvarliga diagnoser kommer att få längre väntetider, kommer den privata specialiserade vården att växa. I och med denna tillväxt kommer allt fler läkare att upptäcka möjligheten med dubbelengagemang och därmed kommer även *dual practice* problemet och dess effekt på väntetiderna att bli större. Landstingens olika varianter på prioriteringssystem och behovströsklar leder till ökade regionala skillnader i tillgången till vården. Överlag uppfylls vårdgarantins väntetidsmål, och måttliga väntetidsminskningar uppnås även längre fram. Dessa väntetidsminskningar uppnås dock till priset av försämrade tillgänglighet till behandlingar, ökade regionala skillnader och ökade skillnader i tillgång till vården mellan olika inkomstgrupper. I längden finns det en risk att de påtagliga ojämlikheterna kommer att undergräva hela den offentliga sjukvårdens legitimitet.

#### 4.3.2 Scenario 2: Vårdgarantin kompletteras

I detta scenario inför regeringen vårdgarantin och kömiljarden i sin nuvarande form, men redan i ett tidigt skede upptäcker den ett kompletteringsbehov. Kompletteringarna som införs är bindande rikstäckande riktlinjer för klinisk prioritering, och ett patientvalssystem där pengarna följer patienten. Utformningen av löner för vårdpersonal och läkare är fortfarande upp till de enskilda landstingen, men en rekommendation ges av regeringen som innehåller en modell på lönesättning med en rörlig prestationsbunden andel för den delen av personalen som har mycket patientkontakt. Remisstvånget till specialistvård kvarstår, då varken regeringen eller landstingen vill ge upp möjligheten att styra efterfrågan.

Vårdgarantins bindande form i samband med kömiljarden gör att alla landsting på allvar försöker uppnå väntetidsmålen. Men på grund av den föreskrivna aktivitetsbaserade ersättningsformen som ingår i patientvalssystemet, upptäcker landstingen att en stor del

av väntetidsminskningen kan uppnås genom aktivitetsökningar. Patientvalssystemet som gäller hela landet gör att vissa landstings problemköer minskar markant, eftersom patienterna har möjlighet att få behandling i län där vårdköerna är kortare, och väntetiderna över hela Sverige jämnar ut sig. I och med att en större andel av efterfrågan absorberas av de aktivitetsökningar som ABF systemet har skapat, uppstår det inget lika stort tryck på landstingen att höja behovströskeln för tillgång till specialistvård. Det genomförs måttliga anpassningar av behovströskeln som är identiska i hela landet. Det enhetliga prioriteringssystemet med tydliga formella regler gör att avvägningen mellan väntetidsmålen och kliniska prioriteter görs på samma sätt i hela landet. Dessutom fungerar prioriteringen mera kostnadseffektivt, eftersom läkare prioriterar rätt i större utsträckning i enlighet med de formella regler som gäller. En kunskapsdatabas och ett nationellt centrum för *best practice* för prioritering inrättas, där personal utbildas och prioriteringssystemet utvecklas kontinuerligt. De landsting som inför prestationsbunden lön för vårdpersonal experimenterar sig fram till den rätta balansen mellan fast och rörlig lön, i samråd med läkarförbundet. De delar sina erfarenheter med de andra landsting som valt att avvakta i frågan om prestationsbunden lön. De positiva erfarenheterna får allt fler landsting att inse nyttan med denna remunerationsform och att följer exemplet. Den prestationsbundna lönen får även en annan bieffekt, nämligen att läkare i större utsträckning fokuserar på att öka sin produktivitet och arbetstakt inom den offentliga vården istället för att bedriva privata mottagningar vid sidan av. Dual practice förblir därför ett marginellt fenomen. Det övergripande resultatet av de genomförda reformerna blir att väntetiderna minskar kraftigt, utan att tillgänglighet och jämlikhet äventyras. Vårdgarantin anpassas kontinuerligt till kortare väntetider fram tills att väntetiderna stabiliserats på en låg nivå.

## 5 Slutsatser

Med denna uppsats ville jag ge ett tentativt svar på frågan under vilka omständigheter vårdgarantin kunde bli en effektiv åtgärd för att minska väntetiderna. För att få reda på relevanta omständigheter läste jag vetenskapliga artiklar, utifrån vilka jag valde ett antal faktorer med hjälp av *theoretical sampling*. Baserat på en analys av de presenterade faktorerna konstruerade jag två strategiska scenarier. I båda scenarier leder vårdgarantin till en väntetidsminskning, emellertid visar det första scenariot att minskningen åstadkoms till ett pris i form av försämrad tillgång till specialistvård, ökad regional ojämlikhet och ökad ojämlikhet i tillgång till vården mellan olika inkomstgrupper. Det andra scenariot visar ett mera optimistiskt men fortfarande realistiskt händelseförlopp, där större väntetidsminskningar åstadkoms utan att samtidigt orsakar ojämlikhet och försämrad tillgänglighet. Scenarierna visar även hur den starkt decentraliserade strukturen av den svenska sjukvården skapar regionala ojämlikheter och hinder för enhetlig implementering av sjukvårdsreformer. Det skulle därför vara intressant att undersöka närmare hur den decentraliserade strukturen påverkar sjukvårdsreformer, men även vilken förmåga landstingen faktiskt har att effektivt implementera reformer som beordras av regeringen. Kunskap om dessa frågor hade lett till mera exakta och fullständiga scenarier. Scenariernas precision, omfattning och antal hade även kunnat ökas genom att identifiera fler relevanta interna och externa faktorer i teorikapitlet. Detta var dock inte möjligt pga. de begränsningar på utrymme och tid som denna uppsats skrevs under. Avslutningsvis skulle jag vilja understryka för läsaren att scenarierna är det de är: möjliga framtida handlingsförlopp som kan äga rum under vissa betingelser. Det åligger läsaren själv att avgöra om de formulerade villkoren är uppfyllda innan den bedömer om scenariernas innehåll och slutsatserna som dras därifrån har giltighet i verkligheten.

## 6 Referenser

### ***Böcker***

Altheide, David L. (1996). *Qualitative media analysis*. Thousand Oaks, Calif.: Sage

Beckman, Ludvig & Mörkenstam, Ulf (red.) (2009). *Politisk teori*. 1. uppl. Malmö: Liber

Burton, Dawn (red.) (2000). *Research training for social scientists: a handbook for postgraduate researchers*. London: SAGE

Bryman, Alan & Bell, Emma (2003). *Business research methods*. Oxford: Oxford University Press

Esaiasson, Peter (2007). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 3., [rev.] uppl. Stockholm: Norstedts juridik

Lundquist, Lennart (1993). *Det vetenskapliga studiet av politik*. Lund: Studentlitteratur

May, Tim (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

McNeill, Patrick & Chapman, Steve (2005). *Research methods*. 3. ed. London: Routledge

Merriam, Sharan B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

Santesson-Wilson, Peter & Gissur Ó. Erlingsson (red.) (2009). *Reform: förändring och tröghet i välfärdsstaterna*. 1. uppl. Stockholm: Norstedt

### ***Uppsatser och artiklar***

Anell, Anders (2005). "Sweden under pressure", *Health Economics*, 14, s.237–S254

Björnberg, Arne - Cebolla Garrofé, Beatriz - Lindblad, Sonja (2009). Euro Health Consumer Index 2009 report. Health Consumer Powerhouse AB.

Borjeson, L.; Hojer, M.; Dreborg, K.-H.; Ekvall, T.; Finnveden, G. (2006). "Scenario types and techniques: Towards a user's guide", *Futures*, 38:7, s.723-739.

- Bowers, J. (2010). "Waiting list behaviour and the consequences for NHS Targets", *Journal of the Operational Research Society*, (2010) 61, s.246-254
- Dawson, Diane; Gravelle, Hugh; Jacobs, Rowena; Martin, Stephen; Smith, Peter C. (2007) "The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment", *Health Economics*, 16, s.113 – 128
- Fredriksson, Mio & Winblad, Ulla (2008). "Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden", *Social Science & Medicine*, 67, s.271-279.
- Hagen, Terje P. & Kaarbøe, Oddvar M. (2006). "The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals", *Health Policy*, 76 (2006), s. 320–333
- Iversen, Tor (1993). "A theory of hospital waiting lists", *Journal of Health Economics*, 12 (1993), s. 55-71.
- Iversen, Tor (1993). "The effect of a private sector on the waiting time in a national health service", *Journal of Health Economics*, 16 (1997), s.381-396
- Kenis, Patrick (2006). "Waiting lists in Dutch health care; An analysis from organization theoretical perspective", *Journal of Health, Organization and Management* vol.20 nr.4 s.294-308.
- Mendis, Dulani (2009). "Choosing choice", *International Journal of Health Planning and Management*, 24, s.266–275
- Mullen, Penelope M. (2003). "Prioritising waiting lists: how and why?", *European Journal of Operational Research*, 150 (2003), s. 32–45
- Siciliani, Luigi & Hurst, Jeremy (2004). "Explaining waiting-time variations for elective surgery across OECD countries", *OECD Economic Studies* No. 38, 2004/1, s. 96-123
- Siciliani, Luigi & Hurst, Jeremy (2005). "Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries", *Health Policy*, vol.72, nr.2, s. 201-215.
- Siciliani, Luigi & Verzulli, Rossella (2009). "Waiting times and socioeconomic status among elderly europeans: evidence from SHARE", *Health Economic* vol.18 nr.11 s.1295-1306.
- Symreng, Tommy (2009). "Vårdköerna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, orsaker och värdeskapande lösningar", *Studentuppsats, Göteborgs Universitet*.

Tavakoli, Manouche & Goddard, John (2008). "Efficiency and welfare implications of managed public sector hospital waiting lists", *European Journal of Operational Research*, 184 (2008), s. 778–792

Van Ackere, Ann & Smith, Peter C. (1998). "Towards a macro model of National Health Service waiting lists", *System Dynamics Review* Volume 15 Number 3 Fall 1999, s. 225-252

Varkevisser, Marco; van der Geest, Stephanie A.; Schut, Fredrik T. (2010). "Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, (2010) 10, s.43–60

### ***Arbeten som saknar författarnamn***

OECD. (2009). *Health care at a glance 2009: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing

Riksrevisionen. (2004). *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. RiR 2004:9. Stockholm:Riksdagstryck

SKL. (2009). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting

SKL. (2010). *Vägen till en köfri sjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting

### ***Internetkällor***

Konkurrensverket.se: [http://www.konkurrensverket.se/t/Page\\_\\_\\_4965.aspx](http://www.konkurrensverket.se/t/Page___4965.aspx) (2010-08-08) Obligatorisk valfrihet i primärvården

Nll.se: <http://www.nll.se/webb/Landstingsdirektorens-stab/Halso--och-sjukvardsenheten-/Patientinformation/Patientrattigheter-i-Norrbotten/Patienternas-valmojligheter/> (2010-08-09)

Regeringen.se: <http://www.regeringen.se/sb/d/11201/a/117413> (2010-08-09) 1000 miljoner för kortare köer

Slf.se: <http://www.slf.se/Forbundet/> (2010-08-09) Välkommen till Sveriges läkarförbund

Socialstyrelsen.se: <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/vardgarantinblirlag> (2010-08-09) Vårdgarantin blir lag



Sweden.gov: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/12429> (2010-08-09) Frågor och svar om vårdgarantin

Sweden.gov-2: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/13355/a/149062> (2010-08-09) Tillgänglighet och valfrihet

Sweden.gov-3: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/11870/a/136697> (2010-08-09) Vårdgaranti-kömiljarden

Sweden.gov-4: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/1938/a/114114> (2010-08-08) Vårdval

Sverigesradio.se:

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=3672179>  
(2010-08-09)

Väntetider.se: <http://www.vantetider.se/vad-aer-vaardgarantin/varfoer-vaardgaranti>  
(2010-05-05) Varför vårdgaranti?

Väntetider.se-2: <http://www.vantetider.se/vad-aer-vaardgarantin> (2010-08-09) Vad är vårdgarantin

### ***Riksdagsdokument***

Motion 1997/98:So218 Sjukvårdspolitiken

Motion 2005/06:So424, m006, datum: 2005-09-30, Sjukvårdspolitik, Av Fredrik Reinfeldt m.fl.

Proposition 1986/87:114 om en särskild ersättning till sjukvårdshuvudmännen för att öka operationskapaciteten inom sjukvården

### ***Tidningsartiklar***

BT-1, Borås Tidning "Alliansen enas om valfrågor", publicerad 2009-10-14

GP-1, Göteborgs-Posten "Så kan värdköerna kortas", publicerad 2009-12-19

SSD, Sydsvenskan "I väntan på vård Köfasad" publicerad 2009-12-19

## Bilagor

### Bilaga 1

#### Sök

För tillfället har vi problem med sökfunktionen. Det kan därför förekomma felaktigheter i sökträffarna. Arbeta pågår för att försöka lösa problemet.

Sökord

Titel

Datum  t.o.m.  t.ex. 2005-11-11

Sortering:

**Sökord:** vårdköer

Sökningen gav många träffar. Maximalt 1000 träffar visas.

#### Avgränsa sökresultatet:

**Årtionde:** [1900](#) (3) [1970](#) (10) [1980](#) (58) [1990](#) (283) [2000](#) (515) [2010](#) (13)

**Kategori:** [annat](#) (3) [eu](#) (3) [förslag](#) (38) [ipfrg](#) (41) [kammaren](#) (333) [motion](#) (326) [utredning](#) (35) [utskott](#) (103)

**Förslag på sökord:** [långa vårdköer](#) [socialminister Lars Engqvist](#) [växande vårdköerna](#) [köerna kortas](#) [Lars Wegendal](#) [sjuka människor](#) [Margot Wallström](#) [väntetiderna](#) [Projektet hemlandstingets bekostnad](#) [flesta diagnoser](#) [grå starr](#) [Kortare vårdköer](#) [långa vårdköer kostar pengar](#) [aktivera pengar](#) [våra ambitioner](#)